

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

ACCORDO 24 luglio 2003

Accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano per l'attuazione del Piano sanitario nazionale 2003-2005.

(Gazzetta Ufficiale n. 228 del 1-10-2003)

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

Visti gli articoli 2, comma 2, lettera b) e 4, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che affidano a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo e regioni, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

Visto il Piano sanitario nazionale 2003-2005, approvato con il decreto del Presidente della Repubblica 23 maggio 2003, che individua gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti sociali e civili in ambito sanitario e che prevede che i suddetti obiettivi si intendono conseguibili nel rispetto dell'accordo dell'8 agosto 2001, come integrato dalle leggi finanziarie per gli anni 2002-2003 e nei limiti e in coerenza dei programmati livelli di assistenza di cui decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive integrazioni;

Vista la proposta formulata dalle regioni in sede di autocoordinamento, nella seduta della Conferenza Stato-regioni del 20 giugno 2002, nel corso della procedura di approvazione del Piano ai sensi dell'art. 1, comma 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, con la quale si evidenziava la necessità, tenuto conto delle modifiche intervenute al Titolo V della Costituzione, di dare attuazione con uno o più accordi Stato-regioni alle parti del

Piano stesso di più stretta competenza regionale per gli aspetti organizzativi;

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

Vista la proposta di accordo in oggetto trasmessa, con nota del 3 luglio 2003, dal Ministero della salute, in considerazione del fatto che il nuovo Piano sanitario nazionale 2003-2005 vede impegnati lo Stato e le regioni in azioni concertate e coordinate che possono generare programmi specifici nella realizzazione di attività finalizzate a promuovere e tutelare lo stato di salute dei cittadini.

Considerato che, in sede tecnica il 17 luglio u.s., l'esame della suddetta proposta è stato rinviato per approfondimenti richiesti dal Ministero dell'economia e finanze in ordine agli aspetti economico finanziari; che, con nota del 21 luglio 2003 il Ministero della salute ha inviato un nuovo testo con le modifiche richieste dal Ministero dell'economia e finanze; che, in sede tecnica il 23 luglio u.s. sono stati apportate alcune modifiche al testo dell'accordo sulle quali il rappresentante del Ministero dell'economia e finanze ha dichiarato di convenire;

Considerato che, nel corso dell'odierna seduta di questa conferenza, il presidente ne ha proposto l'esame ancorché l'argomento non fosse iscritto all'ordine del giorno;

Considerato che, nel corso della medesima seduta di questa Conferenza, i Presidenti delle regioni hanno espresso avviso favorevole all'accordo;

Acquisito l'assenso del Governo e dei Presidenti delle regioni e delle province autonome espresso ai sensi dell'art. 4, comma 2 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281;

Sancisce

tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano il seguente accordo nei termini sottoindicati:

Considerato che, il Piano sanitario nazionale 2003-2005 si inserisce nel nuovo contesto istituzionale scaturito dalla legge costituzionale n. 3/2001 e dalle conseguenti modifiche al Titolo V della Costituzione, per ciò che attiene le definizioni dei livelli essenziali di assistenza e la materia della tutela dei diritti dei cittadini alla salute;

Che, in particolare, il Piano si pone da un lato come conferma dell'impianto universalistico che, in applicazione dell'art. 32 della Costituzione, ha portato alla costruzione del Servizio sanitario nazionale, dall'altro come strumento condiviso per agevolare il passaggio al federalismo in campo sanitario, tenendo conto del nuovo contesto istituzionale ma anche del quadro demografico ed epidemiologico nazionale;

Che, in tale contesto, il Piano nazionale per la salute vede impegnati lo Stato e le regioni in azioni concertate e coordinate che possono generare programmi specifici che impegnano i diversi attori istituzionali che concorrono con le proprie attività e promuovere e tutelare lo stato di salute;

Che, per garantire tale ambito di coordinamento tra Stato e regioni, nel quadro del federalismo sanitario, si ritiene utile con il presente accordo tener conto di quattro dimensioni collaborative che consentono, alla luce degli obiettivi strategici e generali già individuati dal PSN, di precisare obiettivi specifici e implementare politiche di intervento di comune interesse.

Le quattro dimensioni collaborative riguardano:

1. L'opportunità di stringere accordi specifici sui singoli aspetti del PSN, la cui attuazione richiede un'azione concertata per realizzare sinergie tra funzioni e compiti statali e funzioni e compiti regionali.

2. L'opportunità che le regioni individuano di darsi linee guida comuni per la trattazione di tematiche che, pur afferendo alla loro piena autonomia, vengono ritenute, nell'attuale fase, meglio affrontabili attraverso la condivisione di alcuni aspetti regolatori.

3. La definizione di aree di sperimentazione organizzativa generatrici di modelli che, una volta validati, possono essere

messi a disposizione di tutte le realtà regionali che ne valutano l'applicabilità ai propri sistemi socio-sanitari.

4. La crescente rilevanza del contesto europeo, sia in riferimento al recepimento delle direttive comunitarie, che in relazione ai nuovi scenari che tendono a delinearsi con la mobilità dei pazienti tra i diversi Stati e il conseguente confronto e competizione del sistema italiano con i sistemi sanitari degli altri Paesi.

Le quattro dimensioni collaborative sopra delineate sono concretamente declinate attraverso la trattazione dei singoli punti su cui si articola il presente accordo.

Priorità 1 - Lo sviluppo della politica dei livelli essenziali di assistenza.

Lo sviluppo della politica dei livelli essenziali di assistenza (LEA), nel rispetto dell'Accordo Stato-regioni dell'8 agosto 2001, come definiti dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 che elenca le prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale, deve affrontare anche la definizione di standard di quantità e di qualità delle prestazioni, in relazione a parametri di struttura, organizzazione e funzione, per dimensionare correttamente sia l'offerta di servizi che la domanda di prestazioni, nel rispetto dei criteri di appropriatezza. La situazione complessiva a livello nazionale è caratterizzata da una grande variabilità sia tra le realtà regionali che tra settori erogativi dei LEA. In alcune aree del Paese e/o in alcuni settori erogativi si assiste ad un'offerta sovradimensionata di servizi che comporta uno spreco di risorse ed una diminuzione del livello qualitativo. In altre aree del Paese e/o in altri settori erogativi si assiste invece ad un insufficiente quadro strutturale dell'offerta che costituisce una concausa della formazione delle liste di attesa, insieme al mancato governo dell'appropriatezza della domanda e del suo volume. Il bilanciamento tra l'offerta e la domanda è necessario per consentire un migliore governo della spesa e ridurre le liste d'attesa.

In materia di liste di attesa va rilanciato l'impegno per una piena attuazione in tutte le realtà regionali dell'accordo Stato

regioni del 14 febbraio 2002, ricordando in particolare, sul versante della domanda, le iniziative per favorire una sempre maggiore appropriatezza da parte dei medici prescrittori, e, sul versante dell'offerta, un più finalizzato utilizzo della libera professione dei sanitari, l'attribuzione alle équipes sanitarie di forme di incentivazione, l'impiego di personale aggiuntivo assunto con contratto di collaborazione professionale e adeguati strumenti di flessibilità.

La definizione condivisa di appropriati indicatori, la codifica in modo univoco delle prestazioni e la revisione dei nomenclatori e dei DRG contribuirà all'adeguato monitoraggio dell'applicazione dei LEA.

Ambiti specifici di collaborazione per i prossimi tre anni.

Sviluppare un sistema di indicatori pertinenti e continuamente aggiornati per il monitoraggio della applicazione dei LEA, la verifica, il controllo, e l'aggiornamento della loro applicazione.

Definire standard quantitativi e qualitativi delle prestazioni al fine di orientare i servizi sanitari regionali verso una migliore organizzazione e un appropriato dimensionamento dell'offerta.

Rilevare e rendere pubblici sistematicamente i tempi di attesa per le prestazioni di diagnosi e cura secondo una metodologia omogenea e condivisa.

Sperimentare strumenti più efficaci per realizzare condizioni di uniformità e trasparenza delle liste di prenotazione per le prestazioni diagnostiche e terapeutiche, anche tenendo conto delle iniziative di altri paesi europei.

Priorità 2 - Le cure primarie.

I problemi connessi all'attuale contesto del SSN, ed in particolare le liste di attesa, il sotto-utilizzo e/o l'utilizzo improprio di risorse nel sistema, impongono una re-interpretazione del rapporto territorio-ospedale, potenziando e riorganizzando l'offerta di prestazioni sul territorio, riservando l'assistenza ospedaliera sempre più alle patologie acute. Questo modifica il tradizionale sistema di offerta sanitaria fondata prioritariamente sull'ospedale, a favore del territorio quale soggetto attivo che intercetta il bisogno

sanitario e si fa carico in modo unitario e continuativo delle necessità sanitarie e socio-assistenziali dei cittadini.

Per conseguire tale risultato è necessario favorire l'unitarietà tra prestazioni sanitarie e sociali, la continuità tra azioni di cura e riabilitazione, la realizzazione di percorsi assistenziali integrati, l'intersettorialità degli interventi, unitamente al conseguente riequilibrio di risorse finanziarie e organizzative.

L'assistenza sul territorio richiede disponibilità di risorse e servizi che oggi ancora sono assorbiti dagli ospedali, con un maggiore coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nel governo dei percorsi sanitari, sperimentando nuove modalità operative che favoriscano l'integrazione con le altre figure professionali territoriali. Un possibile percorso applicativo di tale indicazione può venire dalla sperimentazione di forme evolutive delle varie tipologie di medicina di gruppo, già prefigurate dai vigenti accordi nazionali, formate da medici di medicina generale, da pediatri di libera scelta e, laddove presenti, da specialisti territoriali, che, in raccordo con i relativi distretti socio-sanitari, assicurino in via continuativa agli utenti le cure primarie, garantendo la continuità assistenziale e rapportandosi a specialisti che assicurino competenza nella diagnostica di base ed in alcune specialità, anche alla guardia medica territoriale o alle strutture o servizi individuati dalle regioni.

Queste nuove forme consentiranno la possibilità di sperimentare nuovi approcci «budgetari» e di responsabilizzazione dei prescrittori anche per permettere nuove modalità di governo della domanda in tutte le sue componenti (farmaceutica, specialistica etc.) con un raccordo migliore con l'ospedale tenendo, altresì, presente la gestione di forme integrate e innovative di governo della rete per la non auto-sufficienza e per l'assistenza socio-sanitaria.

Potranno, così, identificarsi nuove realtà territoriali più utili alla popolazione, ai medici e alla ASL che può trasferire al territorio, potenziandola, una serie di servizi oggi resi, ancora e inappropriatamente, negli ospedali. I nuovi Accordi

nazionali per la medicina generale, la pediatria di libera scelta e la specialistica ambulatoriale interna potranno essere lo strumento adeguato per permettere la sperimentazione di queste nuove modalità di integrazione delle cure primarie.

Ambiti specifici di collaborazione per i prossimi tre anni.

Realizzare un processo organizzativo di riordino che garantisca un'efficace continuità assistenziale, la riduzione di ricoveri ospedalieri inappropriati, la attivazione dei percorsi assistenziali, ed un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali.

Sperimentare nuove modalità di erogazione dei servizi territoriali anche utilizzando la riconversione dei piccoli ospedali.

Sperimentare nuove modalità operative in tali centri compresa la gestione di un budget omnicomprensivo.

Priorità 3 - Rete integrata di servizi sanitari e sociali per la non autosufficienza.

L'assistenza ai soggetti affetti da patologie croniche degenerative, agli anziani ed ai disabili, e più in generale ai soggetti non autosufficienti, dovrà essere strutturata secondo livelli progressivi e flessibili, in un quadro che preveda una integrazione funzionale delle varie tipologie assistenziali sociali e sanitarie, utilizzando anche metodiche innovative quali la telemedicina.

La non-autosufficienza è un ambito dove l'assistenza tende idealmente a mantenere il paziente al suo domicilio, ma necessita di interventi sociali e sanitari e si avvale anche di strutture territoriali di tipo sanitario (es. poliambulatori, strutture di riabilitazione), socio sanitario (es. RSA, strutture di semiresidenzialità e strumenti alternativi) e sociale (es. centri diurni, comunità alloggio). Perché il progetto assistenziale in favore della persona non autosufficiente risulti efficace occorrono risorse sufficienti ed una adeguata organizzazione. Un buon modello organizzativo territoriale deve garantire, attraverso una funzione stabile di raccordo strutturata a livello distrettuale, la gestione integrata della rete dei servizi finalizzata alla presa in carico globale della persona.

La presa in carico da parte della rete è garantita da una valutazione multidisciplinare dei bisogni ed assicurare un punto di riferimento costante per la famiglia anche per il monitoraggio degli interventi da attivare e per la effettiva erogazione dei servizi. La funzione di raccordo consentirà di coordinare le varie tipologie di assistenza sanitaria e socio-sanitaria, anche in stretta sintonia con l'attività della medicina di base. In questa linea si può prevedere, almeno nelle grandi città, la sperimentazione di servizi di prossimità per anziani collegati con la rete in raccordo funzionale con comuni, ASL e ospedali di pertinenza, anche sulla base di specifiche deleghe supportate da adeguati meccanismi di compensazione finanziaria.

Ambiti specifici di collaborazione per i prossimi tre anni.

Sperimentare forme innovative di governo della rete integrata di servizi sanitari e sociali di presa in carico dell'anziano, del disabile e del paziente cronico.

Sperimentare modalità innovative di cure domiciliari.

Attuare le linee guida per le cure palliative, relative ai percorsi assistenziali e la formazione specifica degli operatori.

Priorità 4 - Centri di eccellenza.

La promozione della qualità nel Servizio sanitario nazionale si basa su un processo diffuso di riqualificazione delle risorse umane, delle strutture, delle apparecchiature e delle procedure e di implementazione di adeguati strumenti di monitoraggio e valutazione che può essere agevolato attraverso la realizzazione di centri di eccellenza tra loro collegati in rete. In questa situazione va sfruttata la possibilità di una rimodulazione della programmazione che consenta di riorientare una parte dei finanziamenti non utilizzati per potenziare i centri di eccellenza distribuiti strategicamente sul territorio nazionale in numero minimo sufficiente, limitando per quanto possibile la dispersione delle risorse in presidi minori e meno significativi. Questo impegno va portato avanti insieme ad una corretta informazione ai cittadini sulla necessità che la sanità sia centrata più sulle strutture territoriali che sull'ospedale, e sulla ricaduta positiva che la riconversione dei piccoli

ospedali avrà sul potenziamento dei servizi territoriali, residenziali e domiciliari. D'altra parte la modernizzazione e l'adeguamento della rete ospedaliera e il suo alleggerimento di compiti e funzioni assistenziali, garantite in maniera più appropriata dai servizi territoriali, faciliterà la crescita e la diffusione di ospedali di alta specialità e di avanzata tecnologia.

Per assicurare il massimo dello sviluppo delle conoscenze ed il rapido trasferimento delle stesse a beneficio dei pazienti è necessario promuovere il coordinamento in rete dei centri di eccellenza. La creazione di reti, necessarie ed auspicabili nella realtà sanitaria, è stata già stata concretizzata nell'accordo Stato-regioni sulle malattie rare e nell'organizzazione della rete dei trapianti, che rappresentano modelli di collaborazione condivisa di coordinamento e monitoraggio delle attività assistenziali.

La qualità delle prestazioni più complesse dei centri di eccellenza deve essere regolarmente valutata e resa pubblica, attraverso la misurazione degli outcomes anche per consentire il confronto (bench-marking) tra i diversi erogatori di servizi, e il trasferimento del know-how e delle conoscenze professionali utili al miglioramento. In questo modo, anche attraverso la produzione di rapporti periodici, si agevolerà la diffusione di informazioni sulle prestazioni diagnostiche e terapeutiche erogabili nei vari centri e sugli indicatori di qualità che essi sono in grado di documentare, mettendole a disposizione dei pazienti e dei medici curanti. Tale attività già in corso nel nostro Paese, potrà consentire anche l'analisi comparata dei dati relativi alla qualità delle prestazioni nell'ambito dell'Unione europea e ridurre ulteriormente i viaggi all'estero degli italiani per ricevere cure.

Va favorito, per i centri di eccellenza, lo sviluppo della loro capacità di integrare gli ordinari finanziamenti già disponibili per la loro attività di ricerca con ulteriori forme di autofinanziamento, partecipando a bandi di ricerca anche al di fuori dell'ambito nazionale ed europeo e intercettando la disponibilità a cofinanziare linee di ricerca da parte di istituzioni private profit e non profit, nel rispetto delle

indicazioni nazionali e regionali e dei principi etici che caratterizzano il Servizio sanitario nazionale. Va anche prevista, laddove ritenuto utile dalle regioni interessate, la possibilità, attraverso le modalità previste dalla normativa vigente, di un coinvolgimento di enti locali e di soggetti espressione della società civile eventualmente disponibili a partecipare al finanziamento e a condividere il rischio di gestione.

Ambiti specifici di collaborazione per i prossimi tre anni.

Definire criteri oggettivi per la definizione dei centri di eccellenza.

Favorire il lavoro in rete dei centri di eccellenza operanti sul territorio nazionale per migliorare l'assistenza ai pazienti in ogni area del Paese.

Avviare in via sperimentale servizi di consulenza a distanza, compresa la telemedicina, tra i centri di eccellenza e le altre strutture e figure sanitarie.

Promuovere un sistema di bench-marking per la valutazione delle prestazioni di alta specialità.

Priorità 5 - Comunicazione istituzionale.

Promuovere un'adeguata informazione ed educazione alla salute attraverso più efficaci campagne di comunicazione istituzionale è compito del Servizio sanitario nazionale.

Per questo saranno sperimentati modelli di comunicazione istituzionale che prevedono anche un'alleanza tra le finalità pubbliche e sociali e le finalità di aziende private, costruendo una partnership per una o più «cause».

Un'area prioritaria per lo sviluppo di campagne di comunicazione istituzionale è quella relativa alla prevenzione primaria e alla diagnosi precoce, per far comprendere ai cittadini che la difesa della salute passa non solo attraverso un buon servizio sanitario, ma principalmente attraverso la nostra attenzione ad evitare stili di vita non salutari, e al ricorso a quelle misure di diagnosi precoce che i maggiori organismi internazionali raccomandano ad alcune categorie di cittadini.

Il fumo di tabacco, l'alimentazione inappropriata, la sedentarietà e gli incidenti costituiscono le più importanti

cause di morte e di malattia prevenibili, con una stima di costo che ogni anno supera i 70 miliardi di euro. Nella lotta al tabagismo il Parlamento ha recentemente approvato una legge che protegge i non fumatori dall'inquinamento da fumo e che va perciò tempestivamente attuata con una forte collaborazione interistituzionale.

Un'ulteriore tappa è costituita dal contrasto ai modelli comportamentali proposti dalle multinazionali delle sigarette per iniziare i giovanissimi al fumo, tramite accordi con le reti televisive e con il mondo dello sport e della moda. Infine, è necessario promuovere l'adozione di misure di prevenzione e diagnosi precoce, come le vaccinazioni per bambini ed anziani previste dal Piano nazionale vaccini e dai suoi aggiornamenti, gli screening per il cancro della mammella, della cervice uterina e del colon retto, nonché gli interventi per ridurre i danni della contaminazione degli alimenti e dell'ambiente.

Va rilevato infine che la comunicazione istituzionale finalizzata a promuovere interventi e pratiche preventive presuppone un adeguato sviluppo di iniziative tese a favorire la valutazione degli interventi di prevenzione che si richiamino agli approcci «evidence based».

Ambiti specifici di collaborazione per i prossimi tre anni.

Promuovere un piano di comunicazione istituzionale sugli stili di vita, i comportamenti salutari e non salutari e la prevenzione che comprenda campagne su temi di interesse generalizzato, quali l'alimentazione, l'attività fisica e la lotta al fumo, ma anche gli screening per i tumori.

Diffondere informazioni relative alla localizzazione dei servizi e alle caratteristiche delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie, anche tramite banche-dati on-line ed interconnesse.

Migliorare l'attività degli uffici relazioni con il pubblico (URP) e della funzione di comunicazione dei centri unici di prenotazione (CUP) o degli altri uffici, strutture e modalità messe a disposizione dei cittadini per le prenotazioni.

Aggiornare i medici e gli altri operatori sanitari in tema di processi di comunicazione.

Favorire iniziative per il monitoraggio della qualità dell'informazione sulla salute e la sanità in Italia (siti Internet, carta stampata, TV, radio).

Metodologia di lavoro.

La implementazione operativa degli ambiti specifici di collaborazione evidenziati nei cinque punti sopra descritti prevederà, su iniziativa congiunta del Ministero della salute e del coordinamento interregionale, la costituzione di tavoli di lavoro, nonché la realizzazione di iniziative di confronto tecnico e concertazione per le quali il Ministero della salute e le regioni garantiranno la collaborazione dei rispettivi apparati tecnici e amministrativi, avvalendosi anche dell'Agenzia per i Servizi sanitari regionali.

Ulteriori priorità.

Le quattro dimensioni collaborative richiamate all'inizio del presente documento investono anche altri temi del Piano sanitario nazionale che saranno oggetto di ulteriori approfondimenti tra i quali la formazione continua, la ricerca, l'emergenza, la farmacovigilanza e più in generale la politica del farmaco, così come la promozione della salute della donna e del bambino, la salute mentale, la promozione della donazione di sangue e di organi per trapianto rappresentano le aree tematiche che richiedono con maggiore priorità lo sviluppo di una piena collaborazione tra Stato e regioni.

Aspetti economico-finanziari.

Le attività connesse alle iniziative ed agli interventi di cui al presente accordo sono da intendersi finanziate con le complessive risorse messe a disposizione delle regioni secondo quanto previsto dall'accordo Stato-regioni dell'8 agosto 2001. Per quanto riguarda in particolare l'individuazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, ai sensi dell'art. 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, al cui perseguimento sono vincolate apposite risorse ai sensi dell'art. 1, comma 34-bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, si conviene, con il presente accordo, sulla individuazione dei suddetti obiettivi per l'anno 2003, che si configurano quali linee progettuali da attuarsi da parte delle regioni, a seguito

dell'adozione della successiva delibera della Conferenza Stato-regioni, ai sensi del medesimo art. 1, comma 34-bis.

Roma, 24 luglio 2003

Il presidente: La

Loggia

Il segretario: Carpino