



Ministero della Salute

INDICAZIONI PROGETTUALI PER LA PROPOSTA DI ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO PER L'ANNO 2003

L'Accordo Stato Regioni del 24 luglio 2003 ha individuato nell'ambito degli obiettivi strategici e generali del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 cinque linee prioritarie che costituiscono obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per il cui perseguimento le Regioni elaborano specifici progetti, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n.662

All'interno delle cinque linee prioritarie si è concordato sulla individuazione di ambiti specifici di comune interesse e di collaborazione per il prossimo triennio, per lo sviluppo dei quali vengono proposte indicazioni generali sui contenuti, da intendersi come elementi di riferimento volti ad agevolare la predisposizione dei programmi regionali, fermo restando che nella formulazione dei programmi stessi le regioni terranno conto delle proprie specifiche peculiarità

Priorità 1 – LO SVILUPPO DELLA POLITICA DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Attuazione del d.P.C.M. 29 novembre 2001

Dall'analisi dei provvedimenti regionali di attuazione del d.P.C.M. 29 novembre 2001, di definizione dei Livelli essenziali di assistenza sanitaria, emerge con chiarezza la difficoltà di numerose regioni nell'applicare le disposizioni dell'allegato 1C al d.P.C.M., relativo all'area dell'integrazione socio-sanitaria.

Inoltre concentrando l'attenzione sull'area della residenzialità e semi-residenzialità per le diverse tipologie di soggetti ospiti (anziani non autosufficienti, disabili in fase post-acuta e affetti da disabilità stabilizzate, malati in fase terminale, soggetti con problemi psichiatrici, tossicodipendenti) le criticità evidenziate sembrano da attribuire principalmente al fatto che, in numerose regioni, non è stato attivato un flusso informativo corrente che consenta di disporre, a cadenza regolare, dei dati indispensabili ad una corretta gestione del settore.

INDICAZIONI PROGETTUALI.

- Predisporre adeguati strumenti di classificazione (delle strutture, dei bisogni assistenziali e delle prestazioni erogate) nonché procedure idonee per la rilevazione e la trasmissione delle informazioni ai competenti organi aziendali e regionali.
- Favorire l'integrazione delle aziende sanitarie locali e degli Enti locali per la definizione di percorsi integrati di assistenza sociale o sanitaria a favore dei soggetti fragili, tramite l'elaborazione di protocolli condivisi;
- Adottare la disciplina per l'applicazione dell'allegato 1 c al DPCM 29 novembre 2001 relativo all'area dell'integrazione socio-sanitaria.

Liste di attesa

Per quanto attiene alle liste di attesa si rileva la necessità di implementare l'appropriatezza e il governo della domanda, da mettere in relazione per i tempi e per i modi, con una ragionevole valutazione dell'urgenza della prestazione richiesta e di dare attuazione in modo più puntuale a quanto stabilito dall'Accordo Stato Regioni del 14 febbraio 2002.

INDICAZIONI PROGETTUALI

- Prevedere che sulle basi delle indicazioni sull'appropriatezza ed urgenza delle prestazioni le Regioni e le Province Autonome adottino specifiche iniziative per la responsabilizzazione dei medici prescrittori al fine di ottimizzare il rapporto tra domanda ed offerta;
- Promuovere lo studio sull'appropriatezza delle giornate di ricovero;
- Incrementare l'appropriato utilizzo dell'assistenza ospedaliera da parte delle Regioni e P.A. nell'ambito dei programmi volti alla riqualificazione dell'offerta sanitaria,
- Garantire, implementare e/o migliorare l'appropriatezza dell'uso delle giornate di degenza in ospedale, per mezzo di corsi di formazione utilizzando rispettivamente il metodo PRUO e l'APPRO (Sito del Ministero) o altra metodica equivalente;
- Definire o recepire le priorità cliniche valide sul territorio regionale, poiché una prestazione deve essere erogata secondo il rispetto delle indicazioni cliniche che la rendono efficace e dunque al momento giusto ed utilizzando un regime organizzativo il più efficiente ed efficace possibile;
- Utilizzare gli strumenti messi a disposizione delle Regioni e delle Province Autonome che definiscono i criteri di priorità e fissare ed aggiornare i tempi massimi di attesa garantiti per le prestazioni diagnostiche e terapeutiche urgenti in regime ambulatoriale e di ricovero dandone idonea pubblicità;

- Applicare e verificare le Classi di priorità per le prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero;
- Perseguire la verifica del livello di congruenza tra richiesta medico specialista e tempo massimo di attesa per le patologie dette traccianti che sono citate nell'Accordo 11 Luglio 2002;
- Mettere a punto percorsi diagnostici terapeutici in campo oncologico condivisi ed applicati su territorio regionale potrebbero rispondere con efficacia alla tematica che a livello nazionale è molto sentita;
- Garantire l'effettuazione della prima visita specialistica per sospetta neoplasia entro 2 settimane dalla richiesta di prenotazione;
- Garantire l'effettuazione dell'intervento chirurgico di asportazione della neoplasia maligna entro 30 giorni dal momento in cui è stata posta l'indicazione all'intervento da parte dello specialista;
- Garantire l'inizio della chemio e/o radioterapia in accordo con le indicazioni previste nel singolo caso entro 30 giorni dal momento indicato da parte dello specialista;
- Promuovere l'adozione di protocolli diagnostico terapeutici per concludere l'iter diagnostico di pazienti con sospetta neoplasia ed iniziare il trattamento di norma entro 4 settimane dal primo contatto con la struttura pervenendo ad una diagnosi definitiva;
- Implementare e o migliorare il CUP se già presente. Il CUP dovrebbe essere inteso sia come veicolo per allocare l'offerta sia come centro di informazione all'utente e non in ultimo come punto di riferimento per gli utenti stessi agevolandoli nell'ottenimento di una visione completa dell'offerta sanitaria regionale sia pubblica che privata accreditata, con possibilità di veder tutelato il diritto di scelta del presidio sanitario ove usufruire della prestazione;
- Adottare un modello organizzativo di base che sia in grado di monitorare a livello regionale le attività libero-professionali, (tesa all'abbattimento delle liste di attesa). Il monitoraggio delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero svolte in regime di attività libero professionale ha lo scopo di abbattere le liste di attesa almeno per le prestazioni traccianti dell'Accordo dell'11 Luglio 2002. Cio' al fine di monitorare i volumi di prestazioni erogate per poter meglio allocare le risorse sia strumentali che umane. Si giungerebbe dunque ad un miglioramento effettivo della qualità del servizio erogato al cittadino;
- Aderire al sistema di monitoraggio delle liste di attesa.

Priorità 2 – LE CURE PRIMARIE

Il recupero del governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari nel territorio e nella comunità, le scelte per un'azione di prevenzione e promozione della salute, di terapia e di un'assistenza costante e legata alla conoscenza della persona può essere attuato soltanto attraverso una riorganizzazione dell'assistenza primaria..

Nell'allegato 1 si riporta il documento di riferimento dei servizi territoriali di medicina generale elaborato dal Comitato di esperti del Ministro della salute che può essere considerato un modello innovativo sulla base del quale le regioni possono elaborare i propri progetti.

INDICAZIONI PROGETTUALI

- Promuovere l'associazione di più medici convenzionati (MMG, PLS, MCA, Specialisti convenzionati) che operino in una sede unica garantendo un elevato livello di integrazione tra la medicina di base e la specialistica consentendo il soddisfacimento della più comune domanda specialistica di elezione;
- Garantire la continuità delle cure, mediante la gestione integrata del paziente da parte dei servizi territoriali ed ospedalieri;
- Perseguire il coordinamento funzionale dell'attività dei MMG, PLS, MCA, Specialisti convenzionati con i servizi e le attività del distretto;
- Prevedere a livello distrettuale un'organizzazione che consenta l'attivazione e la gestione di una valutazione multidisciplinare, con la partecipazione del medico di base, dei pazienti affetti da particolari patologie, e la successiva realizzazione di percorsi assistenziali personalizzati ed integrati;
- Garantire un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali, realizzato con il supporto del medico di base;
- Realizzare forme di maggiore fruibilità e accessibilità da parte dei cittadini dei servizi e delle attività territoriali anche prevedendo da parte dei medici la fruibilità di spazi comuni, potendo utilizzare in via sperimentale la riconversione di piccoli ospedali in strutture territoriali;
- Utilizzare gli strumenti della telemedicina nelle località disagiate e nelle isole minori per la gestione del paziente;

Priorità 3 – RETE INTEGRATA DI SERVIZI SANITARI E SOCIALI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

L'attivazione di collegamenti a rete dei servizi presenti sul territorio, la valutazione multidimensionale e multidisciplinare sono gli strumenti indispensabili per sviluppare un'assistenza di qualità alle presone non autosufficienti

Nell'allegato 2 si riporta il documento di riferimento sulla Caratterizzazione dei servizi di Cure Domiciliari elaborato dal Comitato di esperti del Ministro della salute che può essere considerato un modello innovativo sulla base del quale le regioni possono elaborare i propri progetti.

INDICAZIONI PROGETTUALI

- Adottare un modello organizzativo di base per l'ADI, indirizzato alle diverse tipologie di beneficiari, dotato della flessibilità necessaria per l'adeguamento della risposta assistenziale ai bisogni specifici dei pazienti, secondo piani di assistenza multiprofessionale personalizzati;
- Attivare a livello distrettuale la creazione di un punto unico di accesso all'intera rete di servizi, nell'ambito del programma delle attività territoriali di cui all'articolo 3 quater del d.lgs. 229/99 in accordo con gli Enti locali, organizzato in modo da garantire equità di accesso;
- Attivare presso il punto unico di accesso una funzione deputata ad indicare il cittadini e agli operatori i percorsi previsti per affrontare i bisogni socio sanitari secondo modalità unitarie ed integrate;
- Assicurare la valutazione multidisciplinare dei bisogni, la formulazione di un piano personalizzato di assistenza, la presa in carico globale e continuata nel tempo, l'individuazione di un responsabile del caso, che segua il paziente nel passaggio da un nodo all'altro della rete e che rappresenti anche un punto di riferimento costante per la famiglia;
- Incrementare l'utilizzo di metodi di valutazione multidimensionali che garantiscano equità di assistenza e che analizzino non solo la gravità del quadro clinico e del grado di non autosufficienza ma anche le eventuali carenze socio-economiche;
- Implementare la rete integrata dei servizi ai soggetti fragili, dando particolare risalto ai collegamenti funzionali tra i nodi della rete stessa, al fine di modulare la risposta assistenziale in funzione del bisogno emergente, anche al fine di garantire la continuità delle cure;
- Prevedere la dimissione dall'ospedale nell'ambito del piano personalizzato di assistenza prevedendone anticipatamente la data presunta e valutandola in chiave multidimensionale tenendo conto delle aspettative della famiglia e della sostenibilità domiciliare dell'assistenza da attivare;

- Prevedere l'accessibilità alla rete non solo per i soggetti cronici-multiproblematici ma anche per coloro che necessitano di un periodo di tutela in fase post acuta, anche in seguito di trattamenti in regime di ospedalizzazione a ciclo diurno;
- Semplificare le procedure per l'erogazione di farmaci, presidi ed ausili;
- Prevedere l'utilizzo di personale adeguatamente e specificatamente formato e motivato, in particolare per quanto riguarda la rete per le cure palliative;
- Attivare la verifica costante della qualità dell'assistenza erogata con riguardo a tutti i nodi della rete.

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 dell'implementazione di adeguati strumenti di monitoraggio e di valutazione che può essere agevolato attraverso la realizzazione di Centri di eccellenza tra loro collegati in rete. Occorre, pertanto, puntare su una programmazione che promuova la rete delle eccellenze, potenziando le strutture ospedaliere complesse in grado di erogare prestazioni di altissima specialità.

INDICAZIONI PROGETTUALI

- Valutare la complessità della casistica trattata e attivare sistemi di bench marking per particolari eventi patologici (eventi coronarici, eventi cerebrovascolari, neoplasie, traumi cranioencefalici, politraumi etc) al fine di valutare le prestazioni di alta specialità;
- Promuovere un'organizzazione dei Centri di Eccellenza volta alla individuazione dei percorsi assistenziali e alla gestione dei relativi processi con l'integrazione dei diversi livelli di cura, rafforzando il modello organizzativo dipartimentale;
- Potenziare i Centri di Eccellenza implementando l'eccellenza funzionale diagnostica, clinica e terapeutica, anche attraverso la sperimentazione e l'innovazione trasferibile, con particolare riguardo all'introduzione di nuove tecnologie, attivando una funzione di technology assessment. L'attività clinica deve essere finalizzata anche alla elaborazione di linee guida, percorsi, protocolli e procedure sperimentali;
- Attivare interventi per la creazione o il potenziamento di una rete coordinata delle eccellenze, avviando in via sperimentale servizi di consulenza a distanza anche con altre strutture ospedaliere e figure professionali;

- Attivare la formazione e l'aggiornamento continuo sia del personale interno che di altri professionisti e istituzioni anche tramite strumenti multimediali, attivare inoltre interventi di educazione sanitaria alla popolazione sugli screening e sui corretti stili di vita;
- Identificare modalità gestionali per la corretta conduzione dei Centri di Eccellenza.

Priorità 5 – COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE

Promozione di stili di vita e comportamenti salutari

Nell'allegato 3 si riporta il documento "Conclusione e raccomandazioni della Conferenza sugli stili di vita salutari Educazione, Informazione e Comunicazione Milano 3-4 settembre 2003" del Consiglio dei Ministri della salute dell'Unione Europea, alle cui indicazioni le regioni possono attenersi nella formulazione dei progetti.

INDICAZIONI PROGETTUALI

- Attivare programmi di educazione, informazione e comunicazione efficaci a contrastare gli impatti negativi derivanti da stili di vita non salutari (Fumo, Alcol, Movimento Fisico, Alimentazione), garantendo credibilità delle fonti, chiarezza e affidabilità dei messaggi, efficacia degli strumenti di comunicazione.
- Sviluppare indicatori di efficacia in termini di impatto sulla salute e in termini di attività nel campo dell'informazione, educazione e comunicazione, promuovendone l'uso sistematico in coordinamento con il livello nazionale.
- Monitorare e valutare i risultati a breve termine dei cambiamenti sugli stili di vita e gli impatti a lungo termine in relazione al miglioramento dello stato di salute.
- Raccogliere e rendere disponibili dati attendibili attraverso indagini, coordinate a livello nazionale, sugli stili di vita dei cittadini come parte del monitoraggio sui comportamenti della salute al fine di individuare i risultati delle attività intraprese.
- Sviluppare programmi educativi, sulla base di linee guida nazionali, che coinvolgano le famiglie e raggiungano le scuole, gli ospedali, i luoghi di lavoro, come ulteriore opportunità per promuovere educazione alimentare e stili di vita salutari.
- Coinvolgere, sensibilizzare e formare gli operatori sanitari, quali promotori di comportamenti salutari.

Screening

E' necessario incrementare la copertura degli screening raccomandati fino a raggiungere le percentuali indicate dalle Linee guida per la prevenzione, diagnostica e assistenza in oncologia (Provvedimento della Conferenza Stato-Regioni dell'8 marzo 2001).

INDICAZIONI PROGETTUALI

- Predisporre sistemi di dati centralizzati per la gestione dei programmi di screening;
- Attivare sistemi di chiamata e di conferma personalizzata che garantiscano una facile accessibilità alla prestazione;
- Fornire adeguate informazione ai partecipanti sui benefici e sui rischi dello screening, attivando campagne informative con il coinvolgimento del medico di base;
- Garantire una parità d'accesso allo screening attivando anche iniziative mirate a coinvolgere determinati gruppi socioeconomici e gruppi particolarmente a rischio;
- Assicurare adeguate procedure diagnostiche complementari e il trattamento, il follow up, l'assistenza e il sostegno a favore dei pazienti risultati positivi al test di screening;
- Garantire un'organizzazione e un controllo di qualità appropriato a tutti i livelli;
- Comunicare rapidamente i risultati al pubblico e al personale responsabile dello screening;
- Formare adeguatamente il personale a tutti i livelli per garantire screening di alta qualità;
- Garantire che l'effettuazione dello screening sia preceduto dal consenso informato e sia rispettata la normativa in materia di protezione dei dati personali.