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.

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

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

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

VISTO l'art. 34 *bis* della legge 23 dicembre 1996, n.662 come modificato dal comma 1-*quater* dell'art. 79 del D.L. 25 giugno 2008, n. 112 convertito nella legge 6 agosto 2008 n. 133;

CONSIDERATO

- che non essendo stato ancora approvato il Piano Sanitario Nazionale 2009-2011, occorre fare riferimento al Piano Sanitario Nazionale 2006-2008.
- che il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, approvato con il D.P.R. 7 aprile 2006, individua gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti sociali e civili in ambito sanitario e che prevede che i suddetti obiettivi si intendono conseguibili nel rispetto dell'accordo del 23 marzo 2005, ai sensi dell'art. 1, comma 173 della legge 30 dicembre 2004 n. 311, e nei limiti e in coerenza con le risorse programmate nei documenti di finanza pubblica per il concorso dello Stato al finanziamento del SSN;

VISTA l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente la proroga al 2008 del Piano nazionale della prevenzione 2005-2007 e le modalità per l'elaborazione della proposta di Piano nazionale della prevenzione 2009-2011 (Rep. Atti n. 104/CSR) del 20 marzo 2008;

VISTA la legge 27.12.2006 n. 296 (legge finanziaria 2007) che ha istituito un Fondo per il cofinanziamento di progetti regionali attuativi del Piano Sanitario Nazionale su specifiche materie ritenute prioritarie, riconfermato nella legge 24.12.2007 n.244 (legge finanziaria 2008), art. 2 co. 374;

VISTO il proprio atto n. del 26 febbraio 2009 con il quale sono stati individuati gli indirizzi progettuali per l'anno 2008;

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:

PREMESSO CHE :

- Governo, Regioni e Province autonome concordano circa le modalità di proseguire nello sforzo di ammodernamento del sistema, compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili, coerentemente con la legge di riforma del 1999 ed in linea con i bisogni emergenti dal mutamento sociale e demografico del Paese;
- nel corso di questo ultimo anno sono venute in primo piano esigenze che richiedono nuovi impegni organizzativi, economici e gestionali;

SI CONVIENE CHE:

1. per l'anno 2009 le linee progettuali per l'utilizzo, da parte delle Regioni, delle risorse vincolate ai sensi dell'articolo1, comma 34 e 34 *bis* della legge 23 dicembre 1996, n.662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, sono quelle riportate **nell'allegato A** che costituisce parte integrante del presente Accordo;

2. per quanto attiene ai vincoli specifici sulle risorse per l'anno 2009, si stabiliscono quelli relativi alle seguenti linee progettuali:

- **Cure primarie:** si riserva il 25% delle risorse, all'interno delle quali , per il progetto **"Facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie"** si conferma il vincolo sulla quota di 10 milioni di euro da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente accordo (**allegato B - tabella 1**);
- **Interventi in materia di Biobanche di materiale umano :** per l'anno 2009 si ritiene di vincolare una quota di 15 milioni di euro da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente Accordo **(Allegato B - tabella 2)**;
- **Cure palliative e Terapia del dolore:** per l'anno 2009 si ritiene di vincolare complessivamente una quota di 100 milioni di euro da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente Accordo **(Allegato B - tabella 3)**;
- **Piano Nazionale della Prevenzione:** si conferma il vincolo di 240 milioni di euro ripartiti secondo la tabella allegata al presente Accordo **(Allegato B - tabella 4)**;

3. a seguito della stipula del presente Accordo, in applicazione dell'articolo 1 co. 34 *bis* della legge 23 dicembre 1996 n. 662, come modificato dal comma 1-*quater* dell'art. 79 D.L. 25 giugno 2008 n.112, convertito nella 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 del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali 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 di un prospetto che evidenzi:
   - gli obiettivi qualitativi e quantitativi che si intendono conseguire;
   - i tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili;
   - i costi connessi;
   - gli indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'investimento proposto;

6. all'erogazione del 30 per cento residuo si provvederà nei confronti delle singole Regioni, a seguito dell'approvazione dei progetti da parte della Conferenza Stato Regioni su proposta del Ministro Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali;

7. la mancata presentazione o approvazione dei progetti comporta, nell'anno di riferimento, la mancata erogazione della quota residua ed il recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70 per cento già erogata.

ALLEGATO A

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 diagnostici-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"

Nell'ambito della linea progettuale si riconferma la necessità di dedicare risorse vincolate ai pazienti affetti da malattie degenerative o comunque invalidanti, come la sclerosi laterale amiotrofica, le distrofie muscolari progressive, la sclerosi multipla, l'atrofia muscolare spinale o la locked-in syndrome che, pur mantenendo inalterate le capacità cognitive, perdono progressivamente la facoltà di comunicazione e di relazione. La copertura di tali bisogni rappresenta un aspetto essenziale del concetto di presa in carico complessiva del paziente e dei familiari per la cui piena attuazione vi è necessità di costruire un percorso da strutturare su più fronti, con tempi medio-lunghi.

In questa ottica, per l'anno 2009, si rinnova il vincolo di una quota di 10 milioni di euro, per consentire alle Regioni di dotare di sistemi di comunicazione un ulteriore gruppo di pazienti tra quelli con fonazione di grado 2 (sostanziale perdita della parola) e motilità di grado 4 (tetraparesi).

Alle Regioni, pertanto, si richiedono progetti in tal senso che ricerchino altresì tutte le possibili sinergie che consentano di beneficiare dell'effetto di scala nella fornitura, manutenzione e aggiornamento soprattutto delle apparecchiature a tecnologia più sofisticata e, purtroppo, di costi più elevati.

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 autonomiche 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 responsività 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 "sollievo" 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 attivita' di trapianto ed con il compito di fissare parametri relativi alla qualita' 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 Provincie 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 Europea1394/2007).

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 "allogenico" 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 inidonee, 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'informatizzazioine 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 cronico-degenerative.
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 giovarsi 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 e 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 affinchè 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 Obbiettivo 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".

ALLEGATO B

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