

Il PSR UMBRIA 1999-2001 è strutturato in cinque parti:

1. **Piano sanitario regionale e scenario di riferimento:** a partire da una serie di riflessioni critiche sul percorso compiuto dalla normativa, dalla legge 833/78 fino alla recente legge delega 419/98, vengono valorizzati gli orientamenti di politica sanitaria derivanti dalla programmazione sanitaria nazionale, dall'OMS e quelli risultanti dalle evidenze sul funzionamento dei servizi sanitari nei paesi OCSE (A. Donzelli 1997), si passa in rassegna l'impatto dei precedenti cicli della programmazione socio-sanitaria regionale, si analizza la situazione demografica ed epidemiologica umbra (con un approfondimento sugli Anni di Vita potenziale Perduta a 65 anni per motivi evitabili), descrivendo infine i principali problemi di salute ed organizzativi che il Piano è chiamato ad affrontare.
  
2. **Il governo della salute:** questo capitolo sviluppa il tema dei determinanti di salute, nella consapevolezza che gran parte di essi sono il portato di politiche intersettoriali, dove devono trovare uno sviluppo integrato gli strumenti generali (Piano di sviluppo regionale) e settoriali (piano urbanistico, piano ambientale, piano per il sociale) della politica regionale. E' a partire dal nesso salute-sviluppo-intersettorialità che vengono tracciati gli obiettivi di salute (in gran parte analoghi a quelli del PSN) e gli obiettivi di riordino (centrati sullo spostamento di risorse da ospedale a territorio), consegnandone la realizzazione al complesso degli strumenti di intervento di cui dispone la comunità regionale umbra.
  
3. **Il governo della sanità:** definite le relazioni con le diverse linee di intervento delle politiche regionali non sanitarie, vengono sviluppati ed affrontati i temi di stretta pertinenza sanitaria che è opportuno e produttivo delegare all'azione di governo dell'Assessorato regionale:
  - o la situazione finanziaria, dove a partire dall'esame delle prospettive di medio periodo, vengono ridefiniti i meccanismi di finanziamento verso un modello che paga la salute (global budget) e stabiliti i volumi da destinare ai livelli di assistenza, quelli per gli investimenti, il ruolo dei soggetti privati e la cornice entro cui devono essere attivate sperimentazioni gestionali, gli obiettivi per la gestione del personale, soprattutto in termini di formazione (vengono attivate una scuola regionale di formazione manageriale ed una per medici di medicina generale in servizio) e sistemi premianti;
  - o gli interventi sull'organizzazione regionale in merito a: sistema informativo, osservatorio prezzi e modalità per l'efficiente acquisizione di beni e servizi, le azioni da intraprendere per l'area delle tecnologie, l'Osservatorio epidemiologico regionale, l'agenzia SEDES per la documentazione sull'educazione alla salute, la Qualità dell'assistenza, la Carta dei servizi e l'Ufficio relazioni con il Pubblico, l'Accreditamento e la Funzione di controllo;
  - o i rapporti con l'università, relativamente ai contenuti del Protocollo d'intesa, il Polo unico a Perugia, il futuro della facoltà medica a Terni, il delicato problema della organizzazione delle aziende ospedaliere dove si ha compresenza di personale ed attività dell'Università e del SSR;
  - o i rapporti con l'Istituto Zooprofilattico dell'Umbria e delle Marche;
  - o l'organizzazione delle aziende sanitarie, con una rassegna di evidenze sociologiche in materia di organizzazioni professionali, una modellizzazione relativa agli assetti direzionali dell'azienda sanitaria ed ai dipartimenti territoriali ed ospedalieri;
  - o la valutazione, con indicazioni per la valutazione di processo e, distintamente, degli esiti del Piano e degli assetti organizzativi del SSR, e l'enunciazione dei criteri per la valutazione dei direttori generali, finalmente riorientati verso obiettivi di efficacia, efficienza, soddisfazione dell'utente ed economicità di gestione.
  
4. **La gestione della sanità:** questo capitolo affronta il problema della gestione dei servizi sanitari, ricollocandoli in due grandi poli di attività: il distretto per i servizi territoriali e l'ospedale per le attività svolte in regime di degenza. Nelle sezioni dedicate al distretto vengono affrontate le questioni relative alla sua ridefinizione in termini di polo unico per la gestione dei servizi territoriali per bacini di 30 – 60.000 residenti, con focalizzazioni sul ruolo centrale della medicina di base, sui meccanismi operativi e finanziari, sui compiti del responsabile del distretto, sui rapporti con i dipartimenti

territoriali (prevenzione, salute mentale etc), sulle modalità per garantire l'integrazione socio-sanitaria, sul ruolo del consultorio e dei servizi di prevenzione che non passeranno all'Agenzia Regionale per l'Ambiente.

Nelle sezioni dedicate all'ospedale vengono sviluppate le indicazioni già definite dalla regione dell'Umbria con la DCR 311/97 in materia di riorganizzazione dei servizi ospedalieri: oltre alla riorganizzazione funzionale delle attività specialistiche ambulatoriali, vengono definiti criteri e standard per decentrabilità delle prestazioni ospedaliere, fornendo il quadro dell'offerta per area funzionale omogenea e per livello dotazionale; vengono quindi enunciati i criteri da seguire per i servizi di lungodegenza, per quelli di riabilitazione, per il sistema dell'emergenza-urgenza, per la disciplina del diritto di accesso all'assistenza ospedaliera, per il superamento delle liste di attesa e per l'attivazione della day-surgery.

5. **Le aree progettuali:** in questa sede vengono riportati gli atti di indirizzo che sono stati ritenuti prioritari in termini di esplicitazione di indirizzi programmatici e di destinazione di risorse finalizzate. Si tratta di 17 atti di indirizzo programmatico generale emanati in due momenti successivi.
- o "Atti di indirizzo programmatico allegati al Piano" - breve introduzione e progetti: oncologia ; anziani ; diabete ; sangue ; trapianti ; farmaci ; carta dei servizi.
  - o "Atti di indirizzo programmatico generale da varare entro il 1-9-1999" - breve introduzione (comprende l'impegno di promulgare tre linee guida regionali su: infezioni ospedaliere, disturbi del comportamento alimentare, osteoporosi) ; progetti: prevenzione nei luoghi di lavoro ; salute materno infantile ; lotta alle nefropatie ; salute degli immigrati ; lotta all'aids ; salute mentale ; riduzione del danno da dipendenze ; prevenzione, assistenza e riabilitazione delle condizioni di disabilità ; lotta alle malattie cardio e cerebrovascolari ; salute dentale.

REGIONE UMBRIA

PIANO SANITARIO REGIONALE 1999-2001

## INDICE

<b>1. PIANO SANITARIO REGIONALE E SCENARIO DI RIFERIMENTO</b>	<b>pag. 5</b>
1.1. RIFLESSIONI CRITICHE SUL PERCORSO DALLA L. 833/78 ALLA LEGGE DELEGA n. 419/98	pag. 6
1.2. ORIENTAMENTI DI POLITICA SANITARIA NAZIONALE E INTERNAZIONALE	pag. 13
1.2.1 Il Piano Sanitario	pag. 13
1.2.2 Gli orientamenti dell'OMS	pag. 13
1.2.3 Le evidenze sul funzionamento dei servizi sanitari dei Paesi Sviluppati	pag. 14
1.3. L'IMPATTO DEI PRECEDENTI CICLI DELLA PROGRAMMAZIONE SOCIO-SANITARIA REGIONALE	pag. 15
1.4. LA SITUAZIONE DEMOGRAFICA ED EPIDEMIOLOGICA DELL'UMBRIA	pag. 16
1.5. I PROBLEMI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE	pag. 19
1.5.1. Il governo e la riqualificazione della spesa	pag. 19
1.5.2. Gli squilibri operativi fra domanda ed offerta	pag. 20
1.5.3. La qualità	pag. 22
<b>2. IL GOVERNO DELLA SALUTE</b>	<b>pag. 23</b>
2.1. LE CARATTERISTICHE SPECIFICHE DEL PIANO SANITARIO REGIONALE	pag. 24
2.2. LE COORDINATE METODOLOGICHE DEL PIANO SANITARIO REGIONALE	pag. 25
2.3. LE IDEE GUIDA	pag. 26
2.4. GLI OBIETTIVI PRIORITARI	pag. 27
2.4.1. Gli obiettivi di salute	pag. 27
2.4.2. Gli obiettivi di riordino	pag. 33
2.4.3. Le proposte per l'intersectorialità	pag. 35
2.4.3.1. Piano Regionale – Sviluppo	pag. 37
2.4.3.2. Programmazione urbanistica e ambientale regionale e comunale	pag. 38
2.4.3.3. La programmazione regionale e comunale per il sociale	pag. 38
<b>3. IL GOVERNO DELLA SANITÀ</b>	<b>pag. 41</b>
3.1. LA SITUAZIONE FINANZIARIA DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE	pag. 43
3.1.1. Prospettive di medio periodo	pag. 43
3.1.2. La ridefinizione dei meccanismi di finanziamento verso un modello che paga la salute	pag. 45
3.1.3. Il finanziamento dei livelli di assistenza	pag. 46
3.1.4. Gli investimenti	pag. 46
3.1.5. Il ruolo dei soggetti privati e di quelli pubblici e le sperimentazioni gestionali	pag. 47
3.1.6. La gestione delle risorse umane	pag. 48

3.2. LA FORMAZIONE PROFESSIONALE	pag. 51
3.2.1. La formazione manageriale	pag. 53
3.2.2. Le strategie del triennio	pag. 54
3.2.3. Le azioni	pag. 54
3.3. INTERVENTI SULLA ORGANIZZAZIONE REGIONALE	pag. 55
3.3.1. Il Sistema Informativo	pag. 56
3.3.2. L'Osservatorio dei prezzi e le modalità di acquisizione di beni, servizi e tecnologie	pag. 58
3.3.3. Le azioni da intraprendere per l'area delle tecnologie	pag. 59
3.3.4. L'Osservatorio Epidemiologico Regionale	pag. 60
3.3.5. L'Agenzia SEDES	pag. 61
3.3.6. La qualità dell'assistenza	pag. 61
3.3.7. La Carta dei Servizi e l'Ufficio Relazioni con il Pubblico	pag. 62
3.3.8. L'accreditamento	pag. 63
3.3.8 bis Autorizzazioni – Ambiti territoriali	pag. 64
3.3.9. La funzione di controllo	pag. 64
3.4. I RAPPORTI CON L'UNIVERSITÀ	pag. 65
3.4.1. Il protocollo d'intesa, l'assetto istituzionale e la programmazione sanitaria	pag. 66
3.4.2. Il polo unico	pag. 66
3.4.3. La facoltà medica a Terni	pag. 67
3.4.4. La formazione e la ricerca	pag. 67
3.4.5. L'organizzazione delle aziende ospedaliere	pag. 67
3.4.6. La valorizzazione delle risorse umane	pag. 68
3.5. I RAPPORTI CON L'ISTITUTO ZOOPROFILATTICO DELL'UMBRIA E DELLE MARCHE	pag. 69
3.6. L'ORGANIZZAZIONE DELLE AZIENDE SANITARIE	pag. 70
3.6.1. Evidenze in materia di organizzazioni professionali	pag. 70
3.6.2. Il modello direzionale dell'azienda sanitaria	pag. 75
3.6.3. Dipartimenti territoriali ed ospedalieri	pag. 78
3.7. LA VALUTAZIONE DEL PSR E DEL SSR	pag. 79
3.7.1. La valutazione di processo del PSR	pag. 80
3.7.2. La valutazione degli esiti del PSR e degli assetti organizzativi del SSR	pag. 81
3.7.3. Criteri per la valutazione dei Direttori Generali	pag. 81

<b>4. LA GESTIONE DELLA SANITÀ</b>	<b>pag. 83</b>
------------------------------------	----------------

4.1. IL DISTRETTO	pag. 84
4.1.1. I problemi	pag. 84
4.1.2. La centralità del distretto	pag. 85
4.1.3. Gli obiettivi	pag. 85
4.1.4. La gestione dell'assistenza territoriale	pag. 86
4.1.5. Gli ambiti territoriali	pag. 86
4.1.6. Le attività	pag. 87
4.1.7. Il medico di medicina generale	pag. 88
4.1.8. Il ruolo degli attori	pag. 89
4.1.9. L'organizzazione dei Servizi distrettuali ed i Centri di Salute	pag. 89
4.1.10. I meccanismi operativi e finanziari	pag. 94
4.1.11. Il Responsabile del distretto	pag. 95

4.1.12. Il distretto e i dipartimenti territoriali	pag. 96
4.1.13. L'integrazione socio-sanitaria	pag. 97
4.1.14. Il ruolo del Consultorio	pag. 100
4.1.15. Il ruolo dei servizi del LESP	pag. 102
<b>4.2. L'OSPEDALE</b>	pag. 103
4.2.1. Gli obiettivi	pag. 103
4.2.2. La riorganizzazione funzionale delle attività specialistiche ambulatoriali	pag. 104
4.2.3. Lo schema razionale	pag. 106
4.2.4. Gli standard organizzativi	pag. 111
4.2.5. Gli obiettivi per l'offerta dei servizi ospedalieri	pag. 111
4.2.6. L'offerta per Area Funzionale Omogenea e per livello dotazionale	pag. 113
4.2.7. La riabilitazione	pag. 114
4.2.8. La lungodegenza	pag. 116
4.2.9. La disciplina del diritto di accesso all'assistenza ospedaliera	pag. 117
4.2.10. I Dipartimenti ospedalieri	pag. 119
4.2.11. Il Sistema dell'Emergenza-Urgenza	pag. 120
4.2.12. Il superamento delle liste di attesa	pag. 125
4.2.13. La Day Surgery come strumento per qualificare la funzione ospedaliera	pag. 126
<b>5. LE AREE PROGETTUALI</b>	pag. 129
<b>5.1 ATTI DI INDIRIZZO PROGRAMMATICO GENERALE ALLEGATI AL PIANO</b>	pag. 130
5.1.1 Organizzazione dell'assistenza oncologica	pag. 130
5.1.2 Promozione e tutela della salute degli anziani	pag. 141
5.1.3 Progetto Umbria Diabete	pag. 163
5.1.4 Programma regionale sangue	pag. 174
5.1.5 Progetto Trapianti	pag. 176
5.1.6 Progetto Farmaci	pag. 179
5.1.7 Attuazione della Carta dei Servizi	pag. 182
<b>5.2 ATTI DI INDIRIZZO PROGRAMMATICO GENERALE DA VARARE ENTRO IL 1/9/1999</b>	pag. 185
5.2.1 Prevenzione nei luoghi di lavoro	pag. 186
5.2.2 Promozione tutela della salute della donna e dell'età evolutiva	pag. 197
5.2.3 Lotta alle nefropatie	pag. 213
5.2.4 Promozione e tutela della salute degli immigrati	pag. 226
5.2.5 Lotta all'AIDS	pag. 233
5.2.6 Promozione e tutela della salute mentale	pag. 242
5.2.7 Riduzione del danno da dipendenze	pag. 253
5.2.8 Prevenzione, assistenza e riabilitazione delle condizioni di disabilità	pag. 274
5.2.9 Lotta alle cardio e cerebrovasculopatie	pag. 291
5.2.10 Promozione e tutela della salute dentale	pag. 308

**1. PIANO SANITARIO REGIONALE E SCENARIO DI RIFERIMENTO**

## **1.1. RIFLESSIONI CRITICHE SUL PERCORSO DALLA L. 833/78 ALLA LEGGE DELEGA 419/98**

Il nuovo Piano sanitario Regionale (PSR) interviene dopo un arco temporale di circa dieci anni dal precedente.

In questo periodo nel nostro Paese si sono introdotte modificazioni strutturali (D.lgs 502/92 e successive modificazioni) che hanno inteso superare l'impianto legislativo basato sulla legge 833 del 1978.

Il nuovo Piano vede la luce contestualmente al realizzarsi di una ulteriore riforma di sistema, i cui principi ispiratori sono recati dalla legge n. 419 del 30 novembre 1998, che delega il Governo ad emanare uno o più decreti legislativi per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Una adeguata collocazione del PSR 1999-2001, e delle sue principali scelte politico - programmatiche, nel processo sopra accennato non può prescindere dalla formulazione di una riflessione critica sugli assi portanti della riforma ex D.lgs 502 e sugli obiettivi che si proponeva di conseguire.

Contestualmente all'approvazione, in Italia, della legge 833 e dunque con il superamento del sistema mutualistico in direzione della creazione di un Servizio Sanitario Nazionale (sul modello britannico), in molti Paesi europei iniziavano i primi processi di revisione dello stato sociale, giudicato troppo costoso e non sempre efficiente.

Venivano al pettine, in sostanza, i nodi rappresentati dalla esigenza di conciliare il principio di un SSN universalistico con la sostenibilità finanziaria dello stesso. La spesa sanitaria conosceva infatti un forte processo di dilatazione dovuto all'espandersi della domanda di prestazioni sanitarie derivanti a sua volta da fenomeni quali l'allungarsi della vita media, l'impetuoso progresso diagnostico - terapeutico, il conseguente instaurarsi di patologie cronico - degenerative e l'aumento dell'offerta di prestazioni diagnostiche e terapeutiche non sempre appropriate ed efficaci.



Il sistema disegnato dalla legge 833/78 non ha potuto reggere questo insieme di contraddizioni, accentrato dal diffuso e giusto malessere dei cittadini e, conseguentemente, una prima risposta alle difficoltà finanziarie, organizzative e di funzionamento è stata appunto offerta con i richiamati decreti legislativi n. 502/92 e 517/93, in attuazione di quanto previsto dall'art. 1 della legge 421 del 23 ottobre 1992, legge che poneva le basi per un complessivo progetto di riforma strutturale della pubblica amministrazione, volto principalmente ad un recupero di efficienza e funzionalità della stesso (vedi anche il D.lgs n. 29/93).

Non è un caso che queste riforme di segno strutturale intervenivano in un periodo storico (i primi anni '90) dove si manifestarono al massimo grado gli effetti della insostenibilità della crisi della finanza pubblica nel nostro Paese. L'operazione di riassetto avviata con i Decreti legislativi 502 e 517 seguiva i concetti guida della regionalizzazione ed aziendalizzazione e, in buona sostanza, consisteva:

a) nel precisare le competenze ed in particolare le responsabilità delle Regioni nella gestione del complessivo sistema di produzione ed erogazione dei servizi sanitari, in linea con quel processo di ripartizione dell'onere del debito pubblico tra i vari livelli di governo che ha contrassegnato i rapporti tra Stato e Autonomie a partire dalla fine degli anni '80;

b) nell'inserire elementi di mercato nel sistema sanitario, consistenti essenzialmente in:

1.organizzazione in forma aziendale dei soggetti produttori/erogatori dei servizi sanitari;

2.promozione di un certo grado di concorrenza tra i produttori (pubblici e privati);

3.realizzazione di un sistema di "prezzi amministrati" (DGR e relative tariffe) delle prestazioni sanitarie.

La regionalizzazione era tesa essenzialmente a responsabilizzare finanziariamente le Regioni, così da porre al riparo il Tesoro dallo scaricarsi dei ripetuti disavanzi di gestione del sistema sanitario, mentre con l'aziendalizzazione ed il sistema di pagamento a tariffa si perseguivano obiettivi di recupero di efficienza ed efficacia (con annesso miglioramento della qualità), obiettivi che si riteneva dovessero realizzarsi in virtù della

immissione nel sistema sanitario di regole, principi e comportamenti propri del settore privato e della concorrenza di mercato.

Pur in presenza di un certo grado di differenziazione all'interno del panorama nazionale, non si può ragionevolmente sostenere che gli obiettivi attesi siano stati pienamente conseguiti.

Si è andata, negli ultimi tempi, creando una corrente di pensiero che tende ad individuare nelle riforme del '92/'93 un eccessivo centralismo regionale nonché un approccio troppo economicistico alle problematiche del sistema sanitario.

Ciò ha condotto, con la recente legge delega, ad una sorta di ritorno ai principi base della legge 833/78, pur affermando al tempo stesso di volere “completare il processo di regionalizzazione e verificare e completare il processo di aziendalizzazione ...”.

Numerosi sono gli addebiti rivolti al sistema disegnato dai decreti legislativi n. 502 e 517, alcuni dei quali certamente condivisibili. Possiamo qui elencare, tra gli altri, i mancati miglioramenti di aspetti critici quali il ruolo dei medici convenzionati (ed in particolare di quel delicato snodo che è il medico di base), il rapporto tra Università e SSN, l'insufficiente ruolo dei Comuni, la mancata effettiva integrazione tra sociale e sanitario. Problemi evidenti si sono anche avuti sul terreno della capacità di controllo della spesa, di risposta efficace ai nuovi bisogni sanitari, nonché per quanto riguarda il conciliare l'obiettivo del pareggio di bilancio con alcuni selezionati obiettivi di salute.

Più in generale, occorre riflettere sul perché l'inserimento nel sistema di elementi di mercato (che ha condotto alcuni a parlare della creazione di un “quasi mercato” o mercato simulato) non abbia sortito gli effetti attesi.

Questa riflessione non può prescindere da una valutazione di alcuni peculiari aspetti del “mercato sanitario”, aspetti che condizionano pesantemente i termini delle relazioni tra gli attori che in esso operano.

Siamo, nel caso della sanità, di fronte ad un classico “mercato del produttore” ad un mercato, cioè, dove il rapporto tra consumatore (utente) ed erogatore di beni e servizi risulta fortemente squilibrato a favore di quest’ultimo.

La causa principale di questo fenomeno è da individuarsi, a sua volta, nel ruolo decisivo giocato dal possesso della conoscenza specifica, che risiede quasi esclusivamente nelle mani dei produttori, intendendosi per tali la classe medica e le autorità sanitarie.

La teoria economica ci insegna, peraltro, che un mercato, per poter svolgere adeguatamente la propria funzione di corretta ed efficiente allocazione delle risorse, deve possedere alcuni requisiti, tra i quali, cruciali risultano essere la trasparenza e la diffusione delle informazioni.

Per quanto fin qui detto, il mercato sanitario si presenta come largamente imperfetto e quindi generatore, nel suo libero esplicarsi, di effetti distorsivi e di inefficienza.

Il consumatore (utente/paziente) si trova in condizioni di dipendenza nei confronti del produttore fin dalla fase della interpretazione dei propri bisogni (stato di malessere) per non parlare della individuazione dei beni e servizi atti a soddisfarli (rimedi terapeutici).

Queste caratteristiche fanno sì che il livello della domanda sanitaria, e quindi la relativa spesa, sia in gran parte determinato dalla scelta e dai comportamenti dei produttori, e dunque sia prevalentemente comandato dall’offerta, oltre che dall’esplicarsi degli effetti derivanti da quei trends di lungo periodo quali l’invecchiamento progressivo della popolazione, fenomeno questo che, del resto, è in parte conseguenza dell’incremento quantitativo e del miglioramento qualitativo dell’offerta di servizi sanitari.

Una volta messi a fuoco i presupposti concettuali di fondo, si possono conseguentemente svolgere le seguenti considerazioni ed osservazioni sull’impianto di base delle riforme del ‘92/’93 e sulle critiche ad esso mosse.

1. La costituzione in aziende dei soggetti pubblici produttori di servizi sanitari è da ritenersi senz’altro un dato positivo, laddove tale operazione comporti, in primo luogo, l’adozione, da parte di questi, di comportamenti gestionali e relative strumentazioni e procedure, basati

sul raggiungimento dei risultati, sul controllo dei costi di produzione, sull'ottimizzazione nell'uso delle risorse e sulla qualità del prodotto.

2. E' invece prevalsa da parte delle Aziende Sanitarie – ed in particolare da parte delle Aziende Ospedaliere (che più si avvicinano al modello aziendale di mercato, in quanto ottengono la maggior parte delle proprie risorse tramite la vendita dei servizi prodotti) – la tendenza a porre l'accento sugli aspetti riferiti al loro agire sul “quasi mercato” in termini concorrenziali, onde accaparrarsi la quota più elevata possibile dello stesso.
3. Il grande vantaggio rappresentato dal poter condizionare pesantemente gli orientamenti della domanda a proprio favore, ha fatto sì che, inevitabilmente, i responsabili aziendali siano portati a ricercare l'equilibrio di bilancio agendo sulla leva dei ricavi, piuttosto che impegnarsi sul versante, certamente più impegnativo e difficoltoso, della razionalizzazione dei costi.
4. Il debole operare dei meccanismi premianti/sanzionatori, tipici invece delle risposte di un mercato ben funzionante, ha sminuito l'effetto di innalzamento della qualità che era atteso dallo svilupparsi di un certo grado di competizione tra i produttori.
5. Il principio della libertà di scelta da parte dell'utente, ben difficilmente realizzabile nel concreto date le imperfezioni di mercato viste in precedenza, ha finito per divenire un alibi per giustificare gli sfondamenti dei piani di spesa preventivati e contrattati per la funzione ospedaliera.
6. Tanto la competizione tra i produttori, quanto la libera scelta dell'utente, richiedono, per avere un senso compiuto, l'esistenza di quella figura di agente/rappresentante degli interessi dell'utente che non riesce ad essere efficacemente svolta dal medico di medicina generale e dalle strutture di base della USL.

7. Le accuse di economicismo rivolte alle riforme del '92/'93 non colgono il cuore dei problemi. Del resto, l'attenzione al perseguimento di comportamenti gestionali efficienti diviene, in presenza di vincoli di bilancio più o meno stringenti, un fattore per il conseguimento di più elevati livelli di efficacia, dato che lo spreco di risorse si risolve in una diminuzione dei risultati ottenibili e della qualità dell'intervento. Non ha dunque senso sostenere che l'efficacia va anteposta all'efficienza, considerato che la seconda si pone come condizione necessaria, anche se non sufficiente, per il pieno perseguimento della prima.
8. Va preso atto in termini effettivi che il "quasi mercato" sanitario che si è andato creando esprime una domanda pagante finanziata da una quantità di risorse predeterminata e dunque non estensibile in relazione alla quantità di beni e servizi prodotti. Ciò sta a significare che comportamenti eccessivamente unilaterali da parte delle Aziende Sanitarie, tendenti a perseguire l'equilibrio di bilancio aziendale elevando esclusivamente i ricavi (in ciò agevolati dalla facoltà di autodeterminare buona parte della propria domanda), risolvendosi nella rincorsa all'accaparramento di quote crescenti di risorse a proprio favore e dunque a scapito degli altri soggetti (dunque con politiche del tipo "beggar your neighbour"), vadano a collidere con gli interessi e gli equilibri generali di sistema.
9. Per la soluzione delle contraddizioni di cui al punto precedente non si può fare solo affidamento su strumenti contrattuali quali i piani preventivi di spesa stipulati tra erogatori ed acquirenti di prestazioni sanitarie, tramite i quali dovrebbero caso mai essere sancite e formalizzate situazioni cui si perviene con interventi ed azioni di tipo strutturale, che vadano ad incidere sulla capacità produttiva esistente (ove questa sia ritenuta in eccesso rispetto alle risorse disponibili) e sui determinanti essenziali della domanda, interpretata nel suo interrelarsi con il livello e le caratteristiche della offerta.

Le considerazioni e riflessioni fin qui svolte, pur nella loro sinteticità, servono a delineare i presupposti di fondo che stanno alla base di gran parte dei nodi e delle contraddizioni del sistema sanitario.

Il Piano Sanitario Regionale, nell'ambito delle competenze che competono al livello di governo regionale, tende a muoversi da questi presupposti, anche sviluppando previsioni ed indicazioni già contenute nella legge regionale n. 3/98.

Resta comunque indispensabile che delle problematiche fin qui trattate si occupi il Governo centrale nello sviluppare, con i decreti legislativi, i principi guida fissati con la legge delega n. 419 del 30 novembre 1998.

Infine, i prossimi sviluppi delle politiche sanitarie e, concretamente, i modelli organizzativi, gestionali e comportamentali dei soggetti erogatori, dovranno via via adeguarsi al nuovo concetto di sanità pubblica introdotto dalla Organizzazione Mondiale della Sanità.

Questo approccio definisce un sistema della sanità inteso globalmente come l'insieme delle prassi, delle strutture, livelli e competenze che si pongono il fondamentale obiettivo del raggiungimento o del mantenimento di un accettabile stato di salute per la popolazione.

Da ciò derivano gli obiettivi della salute per tutti (Health for All), caratterizzati dal rivolgersi alla promozione della salute come principale modalità per affrontare le sfide in questo ambito, basandosi sul presupposto innovativo che vede il coinvolgimento attivo, da una parte, della popolazione, per la conoscenza e l'autogestione della propria salute e, dall'altra, di molti altri settori della vita sociale, esterni alla sanità, dove risiedono i determinanti della salute stessa.

## 1.2. ORIENTAMENTI DI POLITICA SANITARIA NAZIONALE E INTERNAZIONALE

### 1.2.1 Il Piano Sanitario Nazionale

Con il varo del secondo Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 la politica sanitaria italiana viene finalmente orientata al perseguimento di una serie di obiettivi di salute e di riorganizzazione dei servizi che riconsegnano respiro e prospettiva all'azione del Servizio Sanitario Nazionale.

Sul piano del metodo il PSN evidenzia un solido impianto epidemiologico e programmatico, unito ad un livello di definizione dei vincoli e delle indicazioni sufficiente a permettere valutazioni di processo e di esito, senza che risultino sminuiti l'impegno ed i gradi di libertà dei servizi sanitari regionali.

La programmazione sanitaria umbra, che in passato ha sperimentato atti programmatori regionali in assenza del necessario quadro di riferimento nazionale - e che ne è stata indubbiamente indebolita - accoglie con grande soddisfazione il varo del PSN in quanto strumento che dà maggiore certezza alle decisioni del breve e medio periodo, sottraendole - in parte - agli umori delle leggi finanziarie. Per tali motivi il PSR fa propri gli obiettivi di salute del Piano Sanitario Nazionale: in tal modo sarà possibile sia beneficiare delle sinergie che si creeranno per la sovrapposizione degli interventi ai diversi livelli territoriali, sia permettere una maggiore verificabilità di quanto fatto dal SSR, sulla base dei confronti che tra breve saranno disponibili a livello nazionale.

Nel contempo, le specificità regionali vengono sviluppate nelle declinazioni date alle indicazioni della legge regionale 3/98 sull'organizzazione del nostro servizio sanitario e negli atti di indirizzo programmatico generale che danno completezza a questo PSR sul versante degli interventi rivolti a specifici settori assistenziali.

Sviluppi e accenti della programmazione sanitaria regionale hanno la loro base materiale nel consistente bagaglio di cultura e riflessioni maturato in un ventennio di presenza su questo campo, nella sensibilità della formazione economico sociale umbra verso una politica sanitaria aperta e progressiva e nella costante - e necessaria - attenzione ai suggerimenti che ci vengono dalle esperienze di politica sanitaria dell'OMS e degli altri paesi sviluppati.

### 1.2.2 Gli orientamenti dell'OMS

1. Anche se sono passati ormai più di 20 anni, il baricentro delle elaborazioni concettuali dell'Organizzazione Mondiale della Sanità resta ancora saldamente imperniato sulla **Dichiarazione di Alma Ata** (1978) dove le strategie per la tutela della salute trovavano nell'assistenza sanitaria di base il fulcro di tutta l'azione dei governi per ridurre il rischio di ammalarsi, abbassare l'incidenza delle malattie e delle morti evitabili o precoci, aumentare la durata della sopravvivenza migliorandone la qualità, per allungare cioè la durata della vita in condizioni di vitalità accettabili.

A partire da questa formulazione, gli orientamenti successivamente espressi dall'OMS hanno puntato a precisare ed implementare le linee di sviluppo per la politica sanitaria dei Paesi membri dell'ONU:

- il programma **Salute per tutti nell'anno 2000** ha definito 38 obiettivi di politica sanitaria, rispondenti ad altrettante azioni per *salvaguardare l'ambiente fisico e sociale dai rischi di malattia, attivare tutte le opportunità di partecipazione degli utenti alla promozione della loro salute, offrire a tutti cure primarie accessibili, efficaci e a costi sostenibili per la collettività, sviluppare nei servizi contenuti specialistici e supporti tecnologici armonicamente integrati nelle compatibilità finanziarie dei vari sistemi;*
  - successivamente con il concetto di **promozione della salute**, definita come *il processo che conferisce alle popolazioni i mezzi per assicurare un maggior controllo sul loro livello di salute e per migliorarlo* (**Carta di Ottawa**, 1986 e la successiva **Dichiarazione di Adelaide**) vengono messi a fuoco i terreni di iniziativa che dovrebbero guidare i diversi livelli istituzionali degli stati membri per l'attivazione di *politiche pubbliche sane* con le quali acquisire consistenti guadagni di salute;
  - la Carta di Lubiana, firmata dai Ministri della Sanità di tutti gli Stati Membri della regione Europea, giugno 1996, focalizza l'attenzione sulla **intersectorialità** delle politiche pubbliche: poichè la tutela della salute non dipende esclusivamente dal sistema sanitario (reddito, cultura e esposizioni ambientali sono tra i tanti fattori che la determinano), sono necessari interventi coordinati ed integrati di tutti i servizi resi alla persona, alla famiglia ed alla comunità.
  - infine nel 1998 sono stati attualizzati e rilanciati gli obiettivi della "salute per tutti nel 21° secolo", individuando due macro obiettivi per le politiche sanitarie dei governi: considerare la salute come un aspetto fondamentale dello sviluppo umano e attivare servizi sanitari sostenibili che vadano incontro ai bisogni di salute della popolazione.
- Al centro delle indicazioni dell'OMS vi è dunque una visione ampia e progressiva della politica sanitaria, basata su sistemi sanitari sostenibili, in cui prevale l'assistenza sanitaria di base e integrata con le altre politiche settoriali in modo da attivare sinergie e promuovere condizioni favorevoli alla salute, individuata come un parametro fondamentale dello sviluppo umano.

### 1.2.3 Le evidenze sul funzionamento dei servizi sanitari dei Paesi Sviluppatisi

L'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE, 1995 e 1995; Donzelli A., 1997) ci mette a disposizione le seguenti valutazioni sui principali risultati (efficacia, spesa, efficienza) raggiunti dai servizi sanitari dei Paesi che ne fanno parte, dai quali emergono evidenze sul confronto tra Paesi con Servizio Sanitario Nazionale (sia che vi prevalga un "modello pubblico integrato", come nei Paesi Nordici, in Australia, Irlanda, Italia; o un "contract model", in cui gli ospedali sono separati dalle aziende che acquistano servizi sanitari, come in Inghilterra, dopo la riforma del 1990, o in Canada) e Paesi senza Servizio Sanitario Nazionale con Casse Mutue come Germania, Francia, Belgio, Lussemburgo, Austria; o assicurazioni con sottoscrizione prevalentemente volontaria, come in Svizzera (sino ai recenti cambiamenti del sistema) e negli USA, dove vi è anche una significativa presenza di "privato for profit").

*Efficacia pratica:* vi è una moderata associazione tra presenza di un SSN e più bassi tassi di mortalità evitabile e di mortalità infantile, mentre nel decennio 1989-93 il decremento della mortalità evitabile è stato mediamente maggiore nei Paesi con SSN rispetto a quelli senza SSN; inoltre vi è una forte evidenza di una maggiore mortalità per complicanze di interventi medici e per effetti iatrogeni da farmaci nei Paesi senza SSN, mentre, sul piano degli indicatori di morbosità, i Paesi senza SSN presentano in media un eccesso di denti cariati, persi o otturati all'età di 12 anni rispetto ai Paesi con SSN.

*Spesa sanitaria:* la spesa sanitaria totale pro-capite (calcolata parificando il potere d'acquisto delle monete) è notevolmente più alta (+52%) nei Paesi senza SSN rispetto ai paesi con SSN; questo è dovuto, contrariamente ad un pregiudizio molto diffuso, alle semplificazioni che i servizi sanitari nazionali comportano nella amministrazione dell'assistenza sanitaria e alla minore presenza di burocrazia: i costi di amministrazione stimati ammontano negli USA al 22% della spesa sanitaria totale, contro il 6% dell'Italia (dati al 1994);



Inoltre:

- vi sono evidenze relativamente alla maggiore capacità di controllare la spesa sanitaria in SSN che adottino forme di "competizione pubblica", mentre emerge una evidente e generale incapacità dei Paesi senza SSN nel governare efficacemente la crescita della spesa;
- in merito alla relazione tra spesa sanitaria pubblica e spesa sanitaria totale, emerge che più in un Paese risulta elevata la percentuale di spesa sanitaria pubblica rispetto a quella totale, più tende ad essere bassa in valore assoluto la spesa sanitaria totale e quella pro capite di quel Paese;
- la spesa sanitaria pubblica pro capite è maggiore nei paesi senza SSN rispetto a quelli dotati di SSN. Se in Italia vigesse il modello assicurativo USA o svizzero, la spesa sanitaria pubblica sarebbe maggiore del 42-50%, mentre se vigesse il modello organizzativo della Germania o della Francia (Casse mutue), la spesa sanitaria pubblica sarebbe maggiore del 25-33%;
- per la maggioranza dei Paesi con sistema assicurativo, vi è la tendenza a destinare alla Sanità una quota maggiore (in media 2 punti % di PIL), o molto maggiore, delle proprie risorse interne lorde, ovviamente a scapito della loro destinazione ad altri settori.

*Correlazioni tra spesa sanitaria totale pro capite ed efficacia:* nei Paesi con SSN più è alta la spesa sanitaria più è bassa la mortalità evitabile mentre nei Paesi senza SSN una maggiore spesa per la sanità si associa ad una maggiore mortalità evitabile.

*Tempi di attesa, efficacia e costi:* non vi è correlazione tra tempi di attesa e mortalità evitabile, mentre vi è correlazione inversa tra tempi di attesa e spesa sanitaria totale pro capite.

*Efficienza:* se si procede a dividere l'efficacia per i costi dei servizi sanitari, si ottiene un nettissimo vantaggio dei paesi con SSN rispetto a quelli senza SSN.

*Modalità di pagamento del medico di primo contatto:* i dati OCSE classificano i Paesi membri in tre gruppi, in funzione della modalità esclusiva o prevalente di pagamento a stipendio, a quota capitaria, a prestazione. Nei Paesi dove il medico di base è pagato a prestazione rispetto agli altri due gruppi, l'efficacia tende ad essere lievemente minore e la spesa sanitaria totale media pro capite considerevolmente maggiore (+ 45%).

*Variazioni delle quantità delle cure in base alle modalità di remunerazione dei medici e a quelle di finanziamento dei servizi:* nei Paesi con pagamento a prestazione i tassi di intervento chirurgico sono costantemente superiori rispetto a quelli dei Paesi in cui questo sistema non è in vigore.

*Modalità di accesso ai servizi specialistici:* i Paesi privi di un filtro all'accesso specialistico tendono ad avere una efficacia minore e una spesa maggiore di quelli con filtro medico all'accesso.

### **1.3 L'IMPATTO DEI PRECEDENTI CICLI DELLA PROGRAMMAZIONE SOCIO SANITARIA REGIONALE**

Un approccio razionale alla programmazione vorrebbe che questa consistesse in una sorta di ciclo a spirale in cui un programma, opportunamente definito, venisse verificato rispetto alle modalità applicative, agli obiettivi raggiunti ed agli ostacoli incontrati, permettendo così di acquisire ulteriori elementi di arricchimento e quindi di rendere più efficace la successiva attività programmatica.

Di fatto ai due Piani socio - sanitari regionali (1985-87 e 1989-91) sono succedute due Relazioni sullo stato di salute e dei servizi sanitari con un taglio meramente descrittivo dell'esistente e non finalizzate alla valutazione dei piani stessi.

Così noi non disponiamo oggi di sistematiche ed estensive verifiche dei precedenti atti della programmazione socio sanitaria regionale e questo rende difficoltosa qualsiasi valutazione del loro impatto sull'organizzazione dei servizi e sulla salute degli umbri.

Queste carenze sono imputabili:

- a) in primo luogo alla mancata esplicitazione delle modalità che avrebbero retto la valutazione di processo e di esito all'interno degli stessi atti programmatori e successivamente alla mancata adozione di atti analoghi da parte delle amministrazioni subentrate;
- b) in secondo luogo alla presenza di una realtà emergente che è stata considerata tanto diversa da quella su cui interveniva l'atto precedente, da renderne la valutazione non indispensabile ai fini dell'adozione dell'atto successivo.
- c) in terzo luogo all'effetto disarticolante dovuto alla mancanza di una cornice programmatoria nazionale, che indeboliva il valore delle scelte prese e accresceva l'onere tecnico della loro valutazione.

Stanti queste premesse alcuni elementi di valutazione dell'impatto della programmazione socio sanitaria regionale possono essere desunte:

- per quanto riguarda gli effetti sul funzionamento degli assetti organizzativi, da uno studio condotto dall'IRRES nel dicembre 1998 al fine di valutare il Piano socio sanitario regionale 1989-91. Lo studio indica, accanto alle difficoltà metodologiche connesse con una valutazione a posteriori, alcune evidenze qualitative relative ad un positivo impatto sull'organizzazione di alcuni servizi territoriali (servizi di prevenzione) e su alcune attività di supporto (formazione);
- per quanto riguarda gli effetti sulla salute degli umbri, come vedremo nel paragrafo successivo, dall'esame dei dati epidemiologici sulla mortalità per "morti evitabili" dove disponiamo di evidenze di risultati migliori rispetto alla media nazionale. Se è opinabile assumere che questi risultati siano stati un effetto diretto della programmazione socio sanitaria regionale, si può però ragionevolmente sostenere che questa possa aver rappresentato un fattore di differenziazione rispetto alle molte regioni italiane con performance peggiori.

#### **1.4. LA SITUAZIONE DEMOGRAFICA ED EPIDEMIOLOGICA IN UMBRIA**

La popolazione residente in Umbria al 31.12.1997 è risultata (Istat, 1998) pari a 831.714 abitanti (di cui 403180 maschi e 428.534 femmine). Nella Regione si registra da oltre dieci anni un saldo demografico costantemente positivo legato essenzialmente a flussi migratori. Si tratta di una popolazione in cui le classi di età più anziane hanno un andamento in crescita nel tempo (21% di ultra sessantaquattrenni nel 1995 contro il 18,4% nel 1991) e con al loro interno una netta prevalenza della popolazione femminile.

Il tasso di natalità, in regressione fino al 1995 (7,6 per mille abitanti) mostra più recentemente una lieve inversione di tendenza (7,73 per mille abitanti), conformemente al dato nazionale e sostanzialmente per una maggiore fecondità delle donne immigrate.

I fenomeni demografici qui sintetizzati impongono una riorganizzazione dei servizi sanitari, in quanto:

- i bassi valori dei tassi di natalità richiedono una riorganizzazione dell'area materno infantile, dispersa e indifferenziata come se avessimo i quozienti di natalità presenti ai tempi della riforma Mariotti;
- gli elevati indici di invecchiamento depongono per un carico assistenziale crescente per i servizi che intervengono nell'ambito dell'eterodipendenza fisica e sociale;
- i consistenti tassi di immigrazione pongono la necessità di adeguati supporti all'integrazione sociale e sanitaria dei nuovi residenti.

Sul versante della situazione epidemiologica, vengono qui riportate, in quanto più organiche e complessive, le indicazioni sulla valutazione di efficacia del SSR umbro che emergono dall'analisi degli anni di vita potenziale perduta per morti evitabili a 65 anni (YPLL65 nella dizione inglese), in

quanto metodologia utilizzata da organismi sovranazionali (OCSE, 1995; OCSE, 1996) per valutare l'effettiva capacità delle singole USL umbre a fornire risposte sanitarie efficaci.

La CEE ha attivato, alla fine degli anni '80 un gruppo di lavoro, diretto dall'epidemiologo inglese W.W. Holland, che ha prodotto un elenco di cause di morte, per definite classi di età, per le quali si è valutato esistano procedure preventive e diagnostico - terapeutiche efficaci nell'evitare la morte ("morti evitabili"): per queste cause e per le relative classi di età, dunque, la morte non dovrebbe verificarsi laddove il servizio sanitario abbia l'effettiva capacità di fornire servizi adeguati a tutta la popolazione assistita.

Se confrontiamo le performance ottenute a livello nazionale nel quadriennio 1991-94 e in quello regionale (tabella 1), evidenziamo migliori prestazioni in Umbria, con una differenza del 13,7% rispetto all'Italia.

**Tab. 1 : Tassi standardizzati ° di Anni di Vita Potenziale Perduta a 65 anni per morti evitabili nel periodo 1981-1995°° in Umbria**

	Pop res. 1991	1981	1991-94	1995	Variaz. % tra 1981 e 1991-94	Variaz. % tra 1991-94 e 1995
USL 1	108952		1648,8	1518,0		-7,93
USL 2	316256		1318,5	1226,1		-7,01
USL 3	165898		1508,1	1542,0		2,25
USL 4	42337		1518,9	1440,7		-5,15
USL 5	178388		1400,5	1156,2		-17,44
UMBRIA	811831	2145,6	1430,0	1307,9	-33,35	-8,54
ITALIA	56556911	2536,1	1656,1		-34,70	
Italia/Umbria %		15,4	13,7			

° sulla popolazione italiana del 1981

°°Fonte: Istat per Italia e Umbria 1981-94; archivi regionali RENCAM e CEDAP per USL e Umbria 1995.

**Tab. 2 : Tassi standardizzati ° di mortalità per morti evitabili nel periodo 1981-1995°° in Umbria**

	Pop res. 1991	1981	1991-94	1995	Variaz. % tra il 1981 e il 1991-94	Variaz. % tra 1991-94 e 1995
USL 1	108952		69,6	60,9		-12,50
USL 2	316256		54,4	48,2		-11,40
USL 3	165898		58,1	57,5		-1,03
USL 4	42337		55,5	55,5		0,00
USL 5	178388		58,2	42,9		-26,29
UMBRIA	811831	88,4	57,9	51,0	-34,50	-11,92
ITALIA	56556911	103,9	70,4		-32,24	
Italia-Umbria %		14,9	17,7			

° sulla popolazione italiana del 1981

°°Fonte: Istat per Italia e Umbria 1981-94; archivi regionali RENCAM e CEDAP per USL e Umbria 1995.

Se poi passiamo a considerare le performance ottenute dalle articolazioni territoriali del SSR umbro, utilizzando per le aggregazioni i confini attribuiti alle USL dalla legge regionale 1/94 (quelli vigenti all'epoca cui si riferiscono gli ultimi dati), osserviamo che:

- nel quadriennio 1991-94 i tassi standardizzati degli YPLL65 per morti evitabili sono, nella media regionale pari a 1430 per 100.000 abitanti;

- si collocano al di sotto di questo valore le USL n. 2 e 5;

- tutti i valori si collocano al di sotto della media nazionale del periodo, con un range tra performance estreme pari a circa 300 YPLL65 per morti evitabili per 100.000 residenti.

Dalla tabella emerge anche che nel periodo che va dal 1981 al quadriennio 1991-94 in Italia si è avuta una diminuzione del tasso standardizzato di YPLL65 per morti evitabili del 34,7% (da 2.536 per 100.000 residenti a 1732), mentre in Umbria la variazione nello stesso periodo è stata sovrapponibile a quella italiana, risultando pari al 33,35% (da 2146 a 1430 per 100.000 residenti).

Considerazioni analoghe emergono dall'osservazione dei tassi standardizzati riferiti agli eventi "morti evitabili" (tab. 2) ; in questo caso sia l'entità della variazione che le differenze percentuali nei periodi osservati sono, seppur di poco, favorevoli all'Umbria.

Se si confrontano i dati medi umbri del quadriennio 1991-94 con quelli del 1995, si può osservare una ulteriore riduzione dei tassi del 8,5 % a livello regionale. Questo miglioramento è il portato di ulteriori riduzioni nella mortalità evitabile nelle USL 1, 2, 4 e 5 mentre la USL n. 3 presenta un andamento non omogeneo con quello regionale, che va confermato da un più prolungato periodo di osservazione.

Dall'analisi interna dei dati emerge che:

- l'area materno infantile resta quella che più contribuisce, in termini di peso percentuale, a produrre YPLL65 da morti evitabili;

- seguono gli YPLL65 prodotti dagli incidenti stradali, dovuti a carenze nelle attività di educazione alla salute sui temi dell'alta velocità, dell'abuso di alcool e sul mancato uso dei mezzi di protezione personale;

- quindi gli YPLL65 prodotti da mancata prevenzione primaria, dove giocano un ruolo di primo piano i tumori di trachea, bronchi e polmoni e dalla cirrosi epatica (in questo gruppo sono compresi anche gli YPLL65 per il tetano, ma il loro apporto è virtuale, soprattutto in Umbria, dove si registra un buon controllo del fenomeno): questo indica sostanzialmente una insufficiente attività di educazione alla salute, essendo la vaccinazione contro l'epatite B stata introdotta da troppo poco tempo per dare risultati apprezzabili con questo sistema di indicatori;

- come quarto gruppo vengono poi gli YPLL65 causati dalle malattie controllabili con attività di prevenzione secondaria che fanno capo al medico di base (ipertensione, ictus, etc);

- come quinto gruppo vengono le patologie infettive e le patologie respiratorie dell'infanzia evitabili con la prevenzione primaria, l'educazione alla salute, la rete dell'assistenza di base;

- al sesto posto troviamo gli YPLL65 derivanti dalla mancata o parziale attivazione dello screening per il cr. della cervice uterina;

- all'ultimo posto si pongono gli YPLL65 prodotti da carenze di specifiche attività di assistenza ospedaliera (al netto dell'assistenza perinatale).

Questi dati testimoniano il guadagno di efficacia che si è avuto in Italia e in Umbria nel corso degli anni '80 (guadagno che continua a prodursi nel 1995 in Umbria) e sono concordanti con altri studi condotti sul fenomeno delle morti evitabili, dove emerge:

- per i Paesi dell'area OCSE una performance del nostro servizio sanitario decisamente superiore alla media;

- per l'Italia la presenza di un gradiente Nord – Sud;

- per l'Umbria una collocazione tra le regioni italiane che ottengono le migliori performance.

Su un piano generale, l'osservazione dell'aumento del peso relativo degli YPLL65 dovuti ad incidenti, tumori di trachea, bronchi e polmoni e cirrosi epatica, avutosi in questo decennio, deporrebbe a favore di una maggiore propensione dei servizi sanitari a sviluppare gli interventi efficaci connessi con servizi "di risposta", mentre non vengono incassati i guadagni che pure sarebbero ottenibili grazie alle attività "di iniziativa" connessi con le attività di promozione, prevenzione primaria e secondaria e soprattutto con l'educazione alla salute.

A livello regionale la ricomposizione territoriale dei dati in base alla legge regionale 1/94, non stravolge a nostro avviso quelli che sono stati, anche quando le ULSS erano più numerose e avevano bacini di utenza più ridotti - dai primi anni '80 fino ad oggi - i grossi bacini in cui in Umbria si è esplicata l'azione combinata dei servizi di assistenza di base e di quella ospedaliera.

In questo senso, potrebbe non essere casuale e quindi meritevole di approfondimenti successivi, l'osservazione di migliori performance in quei bacini territoriali che oltre ad una buona rete di medicina di base, hanno potuto contare su una maggiore concentrazione di servizi e su un ventaglio di supporti ospedalieri con più livelli di risposta: le USL (ex legge 1/94) di Perugia e Terni.

Secondo questa ipotesi, in questi bacini la popolazione ha potuto contare su una maggiore dotazione complessiva di servizi in effettiva condizione di fornire risposte efficaci.

Altrove motivi oro-geografici e di viabilità potrebbero aver comportato una maggiore utilizzazione dei servizi presenti, chiamati a fornire risposte di differente livello, con possibili cadute di performance.

## **1.5 I PROBLEMI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**

Nella prospettiva tracciata anche il sistema sanitario umbro è chiamato a perseguire obiettivi di equità, qualità ed efficienza in una generale condizione di risorse finanziarie decrescenti, che rendono inevitabile la ricollocazione della politica sanitaria in un contesto di relazioni dinamiche con le altre politiche regionali di settore (urbanistica, ambientale, ecc.), all'interno della cornice programmatica del nuovo Piano regionale di sviluppo.

Il progetto di Piano Sanitario Regionale (PSR), come parte integrante di una politica complessiva di rilancio dello sviluppo dell'Umbria, nel triennio 1999/2001 è finalizzato principalmente ad affrontare e risolvere i problemi seguenti:

- governo e riqualificazione della spesa;
- squilibri operativi tra domanda ed offerta;
- miglioramento della qualità dei servizi.

### **1.5.1. Il governo e la riqualificazione della spesa**

In Umbria la principale questione finanziaria da affrontare e risolvere riguarda la copertura dei disavanzi pregressi, da realizzare in tempi brevi onde evitare l'appesantimento delle gestioni con oneri aggiuntivi, tutto ciò senza incidere sui livelli qualitativi raggiunti ma piuttosto ottenendo una riqualificazione della spesa attraverso un processo di razionalizzazione del Sistema Sanitario Regionale. La sistematica sottostima del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) ha generato pesanti disavanzi della gestione precedente al 1995, i quali, secondo le ricognizioni e certificazioni regionali, nel 1996 ammontavano ancora a 11.624 miliardi nonostante i diversi provvedimenti di ripiano (sempre parziali) succedutisi nel tempo. Nel 1997 tale deficit pregresso è stato ridotto di 5.000 miliardi mediante mutuo contratto dal Ministero del Tesoro con ammortamento a carico dello Stato. Nel frattempo anche le gestioni di competenza degli esercizi successivi al 1995 hanno ripreso a far registrare disavanzi imputabili essenzialmente ai rilevanti maggiori oneri per l'applicazione dei nuovi contratti del comparto sanitario, non adeguatamente quantificati in sede di stanziamento del Fondo Sanitario Nazionale.

Anche per quanto concerne gli investimenti, le quote annuali del Fondo Sanitario Nazionale destinate al loro finanziamento sono state per lo più limitate al 2-2,5% della parte corrente e sono state drasticamente ridotte negli ultimi esercizi nei quali le quote in conto capitale si sono attestate intorno allo 0,5% della parte corrente.

Attualmente si è in presenza di una quota eccessivamente elevata di spesa che è assorbita dall'assistenza ospedaliera fino a sfiorare nel 1997 circa il 54% del totale della spesa sanitaria regionale, e che rende indispensabile una riallocazione delle risorse tra ospedali e servizi territoriali nei termini di almeno il 50% tra ciascuno dei due settori.

La spesa corrente nel 1997 è così ripartita:

Personale	842.272
Beni e servizi	360.528
Farmaceutica	194.439
Medicina generale	94.821
Altre voci	156.350

Relativamente all'anno '97 la spesa corrente complessiva contabilizzata dalle Aziende sanitarie nei rendiconti finali è risultata di lire 1.648,4 miliardi, superiore a quella del '96 di 190 miliardi (+13%).

L'incremento più significativo è quello relativo alla voce personale, la cui spesa è passata da 732 miliardi del 1996 a 842,2 miliardi del 1997 per effetto, essenzialmente, dell'applicazione a regime dei nuovi contratti della dirigenza medica e non medica e dei dipendenti fino all'VIII livello.

La spesa per l'acquisizione di beni e servizi è salita a 360,5 miliardi con un incremento del 9,6 % rispetto al 1996, pari a 31,6 miliardi di lire, difficilmente spiegabile in presenza di un'inflazione inferiore al 2%.

La spesa per l'assistenza farmaceutica convenzionata è stata di lire 194,4 miliardi, superiore del 10,57% (pari a lire 18,418 miliardi) a quella dell'anno 1996 (contro un incremento medio nazionale del 9,55%), mentre erano state sollecitate azioni di contenimento volte a ridurre la spesa procapite umbra, persistentemente superiore a quella nazionale (per l'Italia sono disponibili solo i dati al 1996):

pro capite Italia 1996 lire 192.749

pro capite Umbria 1996 lire 213.966

La spesa per altra assistenza sanitaria concernente protesi, ausili, rette per tossicodipendenti e prestazioni integrative varie, presenta un aumento di 10,3 miliardi, pari al 14%, le cui cause necessitano di approfondimento.

La spesa per l'assistenza ospedaliera in convenzione fa registrare a fine 1997 un incremento di 11,5 miliardi, di questi circa 5 miliardi in capo all'USL del Perugino ove insistono Case di Cura convenzionate, con un incremento del 20% rispetto al 1996, dovuto all'introduzione del sistema di compenso per DRG.

### **1.5.2. Gli squilibri operativi fra domanda ed offerta**

La rete ospedaliera presenta problemi di ridondanza essendo intensamente diffusa nel territorio umbro, creando spesso numerose sacche di sotto utilizzazione messe in evidenza dagli indici di performance. I troppi ospedali sono indifferenziati rispetto allo spettro di risposte che oggi l'assistenza ospedaliera è chiamata a fornire. In tal senso emerge visibilmente la carenza di reparti di riabilitazione e lungodegenza che possano rispondere adeguatamente al bisogno della cronicità. L'assistenza territoriale, anche se tradizionalmente dotata di forti contenuti culturali ed uniformemente distribuita su tutto il territorio regionale, appare non sufficientemente potenziata sul piano delle risorse ad essa dedicate per soddisfare i livelli essenziali d'assistenza, attraverso i quali

si realizza la promozione, il mantenimento e il recupero della salute di tutti i cittadini. Tutto ciò determina i consistenti livelli d'inappropriatezza del ricorso all'ospedale rilevati da *indagini ad hoc* effettuate in tutti gli ospedali della nostra Regione tramite lo strumento di valutazione "Protocollo Revisione d'Uso dell'Ospedale" - PRUO (vedi tabella seguente).

**Protocollo di revisione dell'uso dell'ospedale (PRUO)  
Umbria 1996 (indagine nel giorno indice 16.10.96)**

<b>Specialità</b>	<b>Casi totali analizzati</b>	<b>Casi inappropriati per ammissione %</b>	<b>Casi inappropriati per degenza %</b>
<b>Medicina generale</b>	<b>743</b>	<b>33%</b>	<b>48%</b>
<b>Chirurgia generale</b>	<b>672</b>	<b>41%</b>	<b>36%</b>
<b>Ortopedia e traumatologia</b>	<b>227</b>	<b>27%</b>	<b>55%</b>
<b>Neurologia</b>	<b>107</b>	<b>31%</b>	<b>47%</b>
<b>Otorinolaringoiatria</b>	<b>106</b>	<b>27%</b>	<b>61%</b>
<b>Cardiologia</b>	<b>101</b>	<b>42%</b>	<b>61%</b>
Ostetricia e ginecologia	91	35%	42%
Oculistica	85	26%	46%
Pediatria	67	28%	36%
Urologia	55	65%	49%
Pneumologia	34	15%	29%
Medicina del lavoro	27	37%	44%
Chirurgia vascolare	24	91%	58%
Malattie infettive	23	30%	35%
Dermatologia	23	74%	70%
Oncologia	21	24%	14%
Altre specialità	79	-	-
<b>Totale</b>	<b>2.485</b>	<b>36%</b>	<b>45%</b>

*Nota : sono evidenziate le specialità la cui analisi è stata condotta su un numero uguale o superiore a 100 cartelle cliniche*

Sul versante delle risorse impegnate ed in particolare per ciò che riguarda il personale sanitario si ravvisano problemi di non adeguata distribuzione tra ospedale e territorio. L'82% di tutti i medici operanti in strutture pubbliche della nostra Regione prestano la loro attività in ospedale; il rimanente 18% opera sul complesso delle attività territoriali inclusi i dipartimenti di salute mentale ed i dipartimenti di prevenzione. Per quanto riguarda il personale infermieristico i dati sono ancora più a sfavore del territorio poiché ben il 91% degli infermieri lavora in ospedale. Emergono inoltre esigenze di formazione ed aggiornamento del personale, in considerazione dell'evidenza di come esso rappresenti un fattore critico nel successo dei processi di riordino.

### **1.5.3. La qualità**

Va puntualizzato il rischio che, in Umbria come nel resto dell'Italia, a fronte di una indispensabile razionalizzazione della spesa sanitaria si possano verificare condizioni di abbassamento della qualità dell'offerta che attualmente, invece, si attesta su livelli accettabili. Il problema principale della sanità, quindi, non è quello di opporsi all'innalzamento della spesa, ma è quello di spendere diversamente raggiungendo la certezza che tutte le risorse del sistema sanitario (umane, strutturali, strumentali, istituzionali e finanziarie) siano finalizzate a priorità di salute, e orientate su interventi e procedure dotate di evidenza scientifica di efficacia.

Il controllo della spesa può, in questi termini, diventare la leva di un processo, oltre che di razionalizzazione del sistema, di adeguamento della pratica sanitaria a quei criteri di efficacia consensualmente scaturiti dalla ricerca scientifica internazionale. Vanno in tal modo escluse dalla pratica clinica quelle prestazioni professionali sulla cui inefficacia vi è consenso ed attentamente considerate quelle con rapporto costo/efficacia sfavorevole. Va riletta la gestione delle risorse umane nel contesto della promozione della qualità rideterminando gli standard di riferimento per le dotazioni organiche a livello di struttura, orientando l'attività al risultato, migliorando le competenze professionali e motivando il personale stesso. Vanno, inoltre, definiti i criteri organizzativi, funzionali e strutturali per l'accreditamento delle strutture pubbliche e private, secondo le modalità previste dall'art. 25 della Legge Regionale n°3/98, a garanzia della corrispondenza dell'offerta sanitaria ai livelli essenziali definiti ed applicati dalla nostra Regione.



## **2. IL GOVERNO DELLA SALUTE**

Lo sviluppo di una politica globale della salute necessita di un approccio complessivo che coinvolga tutti gli attori anche in campi non strettamente sanitari. E' indispensabile per esercitare un efficace "governo della salute", definire priorità a partire da problemi di salute ed organizzativi, attivando baricentri e connessioni che imprinano dinamiche convergenti ai diversi elementi del sistema.

Al riguardo il Piano Sanitario Regionale:

seleziona le **priorità** relativamente a ciò che il cittadino ha diritto di pretendere dai soggetti che hanno il mandato di provvedere alla tutela della salute nel concreto contesto dell'Umbria fine anni Novanta, con particolare ma non esclusivo riguardo ai soggetti del SSR;

dispone inoltre, secondo un ordine, le decisioni da prendere per raggiungere le priorità selezionate, seguendo un disegno razionale imperniato sui **tre fondamentali obiettivi** sociali della politica sanitaria:

- allungare la vita (più anni alla vita),
- diminuire il peso della disabilità (più vita agli anni)
- garantire a tutti i cittadini l'equità a livello di popolazione (accesso, fruibilità e completezza delle prestazioni, esaustività delle risposte);

individua i **soggetti** che sono chiamati a realizzare gli obiettivi di salute, secondo principi di globalità e intersettorialità, ed assegna a ciascuno quote di responsabilità nei confronti del diritto alla salute.

Il Piano, quindi, non è la somma di tutte le risposte alle domande e attese esigibili in base a ciò che potrebbe essere fatto in campo medico, e neppure il contenitore degli atti professionali che il medico o altro professionista sanitario è tenuto a compiere per tutelare la salute dei suoi pazienti, non sostituendosi alla deontologia professionale.

## **2.1. LE CARATTERISTICHE SPECIFICHE DEL PIANO SANITARIO REGIONALE**

In premessa è necessario sottolineare che la validità del principio per il quale la ormai tradizionale scomposizione degli interventi di protezione/tutela nei quattro approcci della promozione (rafforzamento dei fattori favorenti), della prevenzione (rimozione dei fattori di rischio), della cura (trattamento delle emergenze) e della riabilitazione (trattamento delle sequele dell'emergenza) ha valore solo operativo e non intacca l'intervento complessivo di tutela e promozione della salute, nell'ambito di un sistema sanitario pubblico.

Inoltre, a garanzia di quella unitarietà che deve caratterizzare la presenza di un Servizio Sanitario pubblico, in tutte le fasi programmatiche ed operative occorre procedere per approcci globali, nel senso che ogni intervento deve contenere "quote" di ciascuno di questi momenti e intersettoriali, nel senso che deve essere coinvolto l'intero arco delle istituzioni che curano il governo delle comunità, del settore privato e di quello privato/pubblico.

Il Piano, "cabina di pilotaggio" di una struttura che prevede risorse e coinvolgimenti diversi da orientare e indirizzare verso orizzonti unitari:

1. indica le **strategie del triennio** per superare i fattori ostativi rilevati attraverso l'analisi e il bilancio del passato e per isolare e rafforzare i fattori favorenti da mobilitare per il rilancio del sistema sanitario regionale;
2. fissa specifici **obiettivi di salute e di riordino** in base alle rilevanze epidemiologiche, da considerare come "bisogni" e alle evidenze di efficacia degli interventi (efficacia teorica = quella resa possibile dal progresso biomedico; efficacia pratica = quella concretamente riproducibile nelle realtà regionali);

3. indica le **modalità** e le **priorità di riorientamento degli strumenti** cui fare affidamento per garantire efficacia (pratica, come sopra intesa) ed equità (di opportunità di accesso e di allocazione delle risorse), isolando come priorità primaria il distretto di base;
4. precisa le **condizioni strutturali di cornice** necessarie a dare corpo agli obiettivi del Piano, da ricercarsi:
  - nella coerenza tra obiettivi e risorse, con vincoli sulle Aziende sanitarie da far valere in sede di valutazioni e di giudizio sulla gestione manageriale delle stesse;
  - nella responsabilizzazione dei soggetti/attori del cambiamento all'interno del SSR;
  - nel decentramento delle decisioni, ferma restando l'unitarietà di indirizzi e obiettivi garantita attraverso il Piano;
  - nella valorizzazione delle sinergie intersettoriali per collegare al SSR i soggetti indispensabili per la protezione globale della salute.

## **2.2. LE COORDINATE METODOLOGICHE DEL PIANO SANITARIO REGIONALE**

1. Il Piano muove dalle *evidenze scientifiche della ricerca valutativa*, sia per le indicazioni relative agli aspetti organizzativi che per quelle relative all'efficacia delle prestazioni e degli interventi, collocandosi sul versante dell'organizzazione e della medicina basata sull'evidenza;
2. il Piano recupera un *approccio sistemico*, a partire dalla evidenza che la salute è la conseguenza dell'intersecarsi di politiche coordinate che investono l'ambiente, l'urbanistica, la cultura, i trasporti, le reti relazionali e di convivenza civile e democratica;
3. il Piano individua ambiti di competenza per il *governo di salute e sanità*, livello dove prevale la responsabilità politica nella assunzione delle scelte che guidano l'allocazione delle risorse e per la *gestione della sanità*, livello dove prevalgono le responsabilità manageriali e professionali nei processi allocativi. Si tratta di una distinzione che, facendo chiarezza su ruoli e funzioni, vuole esplicitare gli ambiti di responsabilità dei poteri (politico, gestionale e professionale) che operano nel sistema sanitario, creando quindi le basi per gli opportuni adeguamenti;
4. il Piano opera in una *prospettiva di regolamentazione* che vede fissare le misure applicative (criteri di accreditamento, linee guida, progetti regionali, sperimentazioni gestionali, ecc.) da parte della Giunta, che ne affida la messa a punto a gruppi di esperti che ne hanno la responsabilità sostanziale, trattandosi di garantire quella flessibilità che è indispensabile per correggere errori di valutazione e per prendere atto della obsolescenza tecnica e/o scientifica dei presupposti sui quali questi atti si basano;
5. il Piano definisce *priorità*, a partire da problemi di salute ed organizzativi, e persegue nuovi equilibri tra i diversi elementi del sistema per evocare meccanismi virtuosi di competizione positiva all'interno del pubblico;
6. il Piano, di norma, fa riferimento *all'accreditamento* come modello di validazione preventiva, risposta preferenziale e indicazione di lungo periodo per i diversi attori del sistema; questo approccio permette di affiancare alla determinazione di caratteristiche strutturali dei servizi propria dei procedimenti autorizzativi, ulteriori elementi che rappresentano la volontà del programmatore in merito ai livelli di appropriatezza dei servizi ed al dimensionamento conseguente;
7. il Piano promuove un'operazione di *inclusione, rimotivazione e responsabilizzazione* degli operatori dei distretti e dei medici di medicina generale. Si fonda infatti sull'appoggio convinto dei soggetti che lo devono attuare, con particolare riguardo agli operatori dei servizi di base.

## 2.3. LE IDEE GUIDA

Il PSR punta ad aumentare e mantenere la salute della popolazione e a sviluppare e riorganizzare i servizi sanitari. Si tratta di una strategia di lungo periodo i cui risultati saranno apprezzabili per lo più tra dieci-quindici anni e mira, nel triennio di vigenza, a promuovere azioni efficaci e a valutarne il processo di attuazione.

Il Piano trova il suo fondamento in “idee guida”, in linea con quanto previsto dal Piano Sanitario Nazionale:

1. promuovere stili di vita salubri attraverso specifici progetti che investano ampi strati di popolazione;
2. contrastare le patologie più importanti, causa più frequente di mortalità, morbosità o invalidità, il cui controllo, globalmente inteso, costituisce oggetto di specifici progetti obiettivo;
3. impedire che il rispetto di vincoli di bilancio produca come effetto indesiderato l'esclusione delle fasce più deboli della popolazione, garantendo a tutti livelli essenziali di assistenza;
4. promuovere l'uso appropriato dei servizi, sia attraverso protocolli di revisione dell'attività, sia in forma preventiva per mezzo dell'applicazione di linee guida di “buona pratica” consensualmente definite, che rappresentino da un lato il risultato di accordi professionali sulle migliori strategie di intervento alla luce delle conoscenze scientifiche (medicina basata sull'evidenza) e dall'altro un elemento di trasparenza nei rapporti con l'utenza. Devono perciò essere fornite prestazioni efficaci a costi sostenibili da parte della collettività rispettando:
  - la convalida scientifica delle procedure applicate dal Servizio Sanitario Regionale,
  - l'accreditamento delle strutture sanitarie in cui vengono applicate,
  - l'uso appropriato dei servizi nei quali sono erogate,
  - valutazione dei risultati osservati in rapporto a quelli attesi;
5. adottare politiche indirizzate all'intersectorialità, considerando che le problematiche inerenti alla salute della popolazione investono ambiti che superano i confini più strettamente sanitari;
6. orientare il SSR all'utente curando, in particolare, gli aspetti legati all'ascolto, al riconoscimento ed al rispetto, di fronte alla salute ed alla malattia, delle diverse identità culturali. E' importante, inoltre, comunicare in modo corretto le informazioni che rafforzino le capacità di scelta da parte del paziente riguardo a differenti opzioni diagnostiche e terapeutiche che comunque non si sottraggano alla rigorosità del metodo scientifico;
7. costituire un sistema regionale integrato di Aziende sanitarie, che veda rafforzato il ruolo di governo della Regione, anche attraverso l'innalzamento della qualità della programmazione regionale, definendo azioni per le Aziende sanitarie volte a sviluppare l'innovazione gestionale che si ispiri ai principi dell'autonomia, della responsabilità, della negoziazione e della comunicazione;
8. promuovere una corretta e seria ricerca scientifica quale base per qualificare le attività di programmazione degli interventi dedicati alla promozione della salute;
9. valorizzare le risorse umane delle organizzazioni sanitarie, come strategia vincente per promuovere il cambiamento e miglioramento del sistema sanitario regionale.

In tale prospettiva i fondamentali indirizzi strategici di Piano sono i seguenti:

- a) promuovere una logica di programmazione complessiva flessibile, in quanto rimodellabile attraverso un permanente confronto tra Regione ed Aziende;
- b) riorientare i modelli organizzativi ed assistenziali in direzione della massima integrazione di risorse e di processi;
- c) riaffermare la centralità del distretto sanitario come luogo di governo della domanda di salute e di gestione ed integrazione di tutte le attività extraospedaliere e di queste ultime con le attività sociali;

- d) promuovere le attività inerenti alla prevenzione;
- e) favorire la ricerca e sviluppo per sperimentare formule organizzative ed assistenziali innovative;
- f) introdurre nuove modalità per il controllo delle Aziende sanitarie, attivando sistemi reali di valutazione dei risultati gestionali.

## 2.4. GLI OBIETTIVI PRIORITARI

Il Piano Sanitario Regionale, in linea con le finalità sopra individuate, si pone il duplice obiettivo di promuovere la salute della popolazione umbra e di sviluppare e riorganizzare i servizi sanitari. In questa prospettiva il PSR 1999/2001 si articola nei seguenti obiettivi prioritari di salute e di riordino del SSR:

### 1. *Obiettivi di salute:*

- promuovere comportamenti e stili di vita per la salute;
- contrastare le patologie rilevanti;
- migliorare il contesto ambientale;
- accentuare la tutela dei soggetti deboli;

### 2. *Obiettivi di riordino*

- trasferire significative risorse dall'assistenza ospedaliera a quella distrettuale;
- realizzare sul territorio un polo distrettuale in grado di assumere la guida del cambiamento.

### 2.4.1. Gli obiettivi di salute

Gli obiettivi di salute del Piano Sanitario Regionale sono di qualità scientifica e di qualità sociale. Sono obiettivi di qualità scientifica in quanto è possibile determinarne gli avanzamenti, mediante misurazioni condotte con metodologie estesamente condivise da parte della comunità scientifica internazionale, in termini di:

1. *allungamento della speranza di vita*, che è un indicatore complessivo e sintetico per misurare come i determinanti di salute e i fattori di rischio interagiscono lungo il corso dell'esistenza (aggiungere anni alla vita);
2. *riduzione della mortalità evitabile*, che è un indicatore complessivo per misurare la capacità dei servizi sanitari di controllare le situazioni di emergenza per la salute;
3. *riduzione della disabilità*, che è un indicatore complessivo per misurare la perdita di qualità della vita per cause che non necessariamente sfociano nell'evento morte (aggiungere vita agli anni).

Sono obiettivi di qualità sociale poiché si basano su valori a loro volta risultanti da opzioni da parte di una data società:

- A. la promozione a livello di popolazione e di operatori della consapevolezza delle condizioni che determinano gli stati di salute;
- B. il buon uso delle risorse pubbliche (e private, nella misura in cui rientrano nella quantificazione della spesa sanitaria nell'ambito del Prodotto Interno Lordo) sulla base delle priorità;
- C. il conseguimento dell'universalità, dell'equità, e della solidarietà di fronte alla salute, all'interno del contesto sociale oggetto dell'intervento;
- D. il conseguimento di comportamenti ispirati all'etica della responsabilità.

In considerazione della necessità di un approccio globale, le suddette finalità possono essere perseguite con successo tramite:

- a) politiche pubbliche attente alla dimensione sanitaria dei loro effetti;
- b) ambienti salubri, nelle case, nelle scuole, nei luoghi di lavoro, sulle strade, nei luoghi in cui si trascorre il tempo libero o si svolgono attività sociali;
- c) stili di vita salubri, aumentando le conoscenze e la comprensione della popolazione su ciò che influenza la salute e fornendo alle famiglie e alle singole opzioni concrete per attivarsi al riguardo;
- d) alta qualità dei servizi sanitari, identificando e andando incontro ai bisogni di salute delle popolazioni, assicurando un bilancio ottimale tra promozione della salute, prevenzione delle malattie, trattamento, cura e riabilitazione, operando con un processo circolare di revisione dell'attività svolta che produca un miglioramento continuo della qualità e indicazioni utili alla programmazione.

Nelle tabelle seguenti per ciascuno degli obiettivi di salute individuati sono indicate le aree chiave di interventi e i relativi traguardi da perseguire nel medio lungo termine.

#### Tendenze e traguardi: Gli obiettivi

<i>Obiettivo 1: Promuovere comportamenti e stili di vita per la salute</i>	
<i>AREA CHIAVE</i>	<i>OBIETTIVI</i>
<b>Alimentazione</b>	Ridurre l'energia derivante dai grassi ad una quota (dell'apporto calorico quotidiano) compresa tra il 15% e il 30%. Ridurre la quota di energia (dell'apporto calorico quotidiano) derivante dai grassi di origine animale ad almeno il 10%. Aumentare l'energia derivante da carboidrati ad una quota (dell'apporto calorico quotidiano) compresa tra il 55% e il 75%. Ridurre la quota di energia (dell'apporto calorico quotidiano) derivante dallo zucchero ad almeno il 10%. Ridurre la quantità quotidiana di sale da cucina consumato ad almeno 6 grammi. Ridurre la prevalenza di individui obesi del 25% per gli uomini e del 30% per le donne.
<b>Fumo</b>	Ridurre, entro l'anno 2005, del 50% il numero dei fumatori maschi di età superiore a 14 anni e del 20% il numero delle fumatrici, sempre per la stessa età. Ridurre il consumo di sigarette di almeno il 40% per l'anno 2005. Almeno il 33% delle donne fumatrici devono smettere di fumare all'inizio della loro gravidanza per l'anno 2001.
<b>Alcool</b>	Ridurre per il 2005 la proporzione di uomini sopra i 14 anni che bevono più di 21 unità di alcool (una unità = 10 gr di alcool) per settimana al 18% e di donne sopra i 14 anni che bevono più di 14 unità per settimana ad almeno il 7%.
<b>Attività fisica</b>	Aumentare del 50% la prevalenza di individui che praticano regolarmente attività fisica sportiva nel tempo libero. Aumentare di almeno il 50% la prevalenza di anziani che praticano regolarmente attività fisico-sportiva nel tempo libero.

<b>Obiettivo 2 : Contrastare le principali patologie</b>	
<b>AREA CHIAVE</b>	<b>OBIETTIVI</b>
<b>Malattie cardio e cerebrovascolari</b>	<p>Ridurre l'incidenza di malattie ischemiche del cuore e ictus, nella popolazione sotto i 65 anni, di almeno il 40% per l'anno 2005.</p> <p>Ridurre la mortalità per malattie ischemiche del cuore per la popolazione di età 65-74, di almeno il 30% per l'anno 2005.</p> <p>Ridurre la mortalità per ictus per la popolazione di età 65-74, di almeno il 40% per l'anno 2005.</p> <p>Migliorare la qualità della vita del paziente affetto da patologie cardiovascolari e cerebrovascolari.</p>
<b>Tumori</b>	<p>Ridurre la mortalità totale per tumori maligni del 10% per gli uomini e del 5% per le donne.</p> <p>Ridurre la mortalità per carcinoma della mammella per le donne di età 50-69 (popolazione bersaglio per lo screening) di almeno il 25% per l'anno 2005.</p> <p>Ridurre l'incidenza di carcinoma invasivo della cervice uterina, di almeno il 30% per l'anno 2005.</p> <p>Ridurre la mortalità per cancro del polmone nei maschi di età inferiore a 75 anni, di almeno il 30% per l'anno 2010.</p> <p>Migliorare la qualità della vita del paziente oncologico.</p>
<b>Malattie infettive</b>	<p>Raggiungere almeno il 95% di copertura vaccinale per la popolazione di età inferiore ai 24 mesi per Poliomielite, Difterite, Tetano, Morbillo, Rosolia, Parotite, Pertosse, Epatite B.</p> <p>Raggiungere il 75% di copertura vaccinale contro l'influenza per la popolazione al di sopra dei 64 anni.</p> <p>Estendere la copertura vaccinale agli immigrati.</p> <p>Ridurre le infezioni ospedaliere del 25%.</p> <p>Ridurre l'incidenza di malattie sessualmente trasmesse di almeno il 20% per il 2001.</p> <p>Fornire al 100% dei giovani in età di 18 anni le informazioni relative alla prevenzione dell'infezione da HIV per via sessuale attraverso le droghe iniettabili.</p> <p>Ridurre la probabilità di contagio per via sessuale nei giovani attraverso l'uso del profilattico.</p> <p>Ridurre la percentuale di tossicodipendenti, da droghe iniettabili che riferiscono di essersi scambiati le siringhe nelle ultime 4 settimane, ad un quarto per l'anno 2001.</p>
<b>Incidenti e malattie professionali</b>	<p>Ridurre la mortalità da incidenti stradali del 20%.</p> <p>Ridurre le menomazioni gravi permanenti da incidenti stradali.</p> <p>Ridurre il numero di infortuni domestici, in particolare fra le categorie più a rischio.</p> <p>Ridurre la frequenza degli infortuni sul lavoro di almeno il 10%.</p> <p>Ridurre la frequenza degli infortuni sul lavoro nei settori produttivi a maggior rischio e per i casi più gravi.</p> <p>Ridurre il numero di malattie correlate al lavoro.</p> <p>Sorvegliare il tasso di utilizzazione al pronto soccorso e ricovero ospedaliero per incidenti tra i bambini con meno di 15 anni.</p> <p>Ridurre la mortalità per incidenti tra i giovani di età 15-24 anni di almeno il 25% per l'anno 2005.</p>
<b>Diabete Mellito</b>	<p>Individuazione fasce di popolazione a rischio diabetologico.</p> <p>Prevenzione e diagnosi precoce della malattia diabetica.</p> <p>Miglioramento della modalità di cura.</p> <p>Prevenzione delle complicanze.</p>

<b>Obiettivo 3 : Migliorare il contesto ambientale</b>	
<b>AREA CHIAVE</b>	<b>OBIETTIVI</b>
<b>Aria</b>	Ridurre l'inquinamento atmosferico.
<b>Acqua</b>	Aumentare la disponibilità di acqua potabile per abitante e la percentuale di popolazione servita da acquedotto. Incrementare l'avviamento alla depurazione dei carichi inquinanti depurabili non depurati. Ridurre la quantità dei reflui non depurati riversati direttamente nei corpi idrici.
<b>Alimenti</b>	Ridurre l'incidenza delle malattie trasmesse da e con alimenti.
<b>Radiazioni</b>	Ridurre il rischio da esposizione a radiazioni in occasione di esami strumentali che richiedono fonti di radiazioni. Sensibilizzare alla riduzione di abitudini o comportamenti che prevedono una prolungata esposizione ai raggi UV.
<b>Rifiuti</b>	Potenziare le attività mirate alla prevenzione dei danni.

<b>Obiettivo 4 : Rafforzare la tutela dei soggetti deboli</b>	
<b>AREA CHIAVE</b>	<b>OBIETTIVI</b>
<b>Immigrati</b>	Garantire uniformità di accesso all'assistenza sanitaria in tutto il territorio Regionale. Estendere la copertura vaccinale alla popolazione immigrata.
<b>Tossicodipendenti e alcooldipendenti</b>	Ridurre la mortalità e la morbosità. Aumentare la quota di consumatori in contatto con il sistema di assistenza e ridurre la durata di uso di sostanze prima del contatto. Aumentare la quota di soggetti che iniziano e completano i trattamenti e recuperano un accettabile livello di integrazione sociale. Adozione di modello terapeutico integrato da parte dei SERT. Adozione dell'approccio medico-psico-sociale da parte dei GOAT Assetto organizzativo dei SERT e dei GOAT (dipartimento tecnico-funzionale). Realizzazione del Centro alcoologico residenziale regionale
<b>Salute mentale</b>	Migliorare la qualità della vita ed il reinserimento sociale del paziente psichiatrico. Migliorare le conoscenze epidemiologiche.
<b>Fasi della vita e salute</b>	Ridurre la mortalità perinatale di almeno il 30% per il 2001. Ridurre i comportamenti a rischio in età adolescenziale. Ridurre i casi di disagio psichico e sociale nell'infanzia e nell'adolescenza. Promuovere la procreazione cosciente e responsabile. Promuovere il mantenimento e il recupero dell'autosufficienza nell'anziano. Adottare politiche di supporto alle famiglie con anziani non autosufficienti.
<b>Disabilità</b>	Promuovere la riacquisizione della completa autonomia nei disabili ed il loro reinserimento nei luoghi di vita e di lavoro, attraverso un approccio globale ed intersettoriale di intervento.



## Tendenze e traguardi: Le azioni

<i>Le azioni per promuovere comportamenti e stili di vita per la salute (obiettivo 1)</i>	
<i>AREA CHIAVE</i>	<i>AZIONI</i>
<b>Alimentazione</b>	<p><i>I produttori, gli addetti alla manipolazione e i venditori:</i> Aumentano la varietà e la disponibilità sul mercato di cibi a più basso contenuto di acidi grassi saturi, grassi totali e sodio rispetto a quelli correnti. Offrono approvvigionamenti adeguati e facilmente accessibili di prodotti ricchi di amido e di fibre. Sviluppano convincenti azioni di marketing per favorire la scelta di cibi sani.</p> <p><i>Le catene di distribuzione alimentare e le mense:</i> Offrono menù che rendono capaci e/o incoraggiano la gente a scegliere diete sane. Identificano modelli per una sana distribuzione alimentare e li diffondono nelle catene di distribuzione. Assicurano una adeguata educazione e formazione nutrizionale del personale.</p> <p><i>Le USL:</i> Assicurano una adeguata educazione e formazione nutrizionale di tutto il personale deputato ad attività alimentare. Assicurano consulenze nutrizionali di alto profilo nel settore dell'educazione alla salute. Sfruttano al meglio tutte le opportunità per educare la gente ad una sana alimentazione. Coinvolgono tutti gli operatori che intervengono nel campo degli alimenti sulla base di programmi integrati.</p>
<b>Fumo</b>	<p>Counselling per disassuefazione al fumo rivolto dai medici di base ai propri assistiti fumatori.</p> <p>Counselling per disassuefazione al fumo rivolto dai medici ospedalieri ai fumatori con approcci differenziati nelle corsie e negli ambulatori.</p> <p>Corsi di gruppo per smettere di fumare organizzati per la popolazione sul livello distrettuale.</p> <p>Interventi di sensibilizzazione degli operatori socio-sanitari sul ruolo esemplare del personale e dei servizi nei confronti del fumo.</p> <p>Corsi di gruppo per smettere di fumare destinato ad operatori sanitari.</p> <p>Connotazione dei servizi socio-sanitari come "spazi senza fumo".</p>
<b>Alcool</b>	<p>Attivare un sistema di sorveglianza sul consumo di alcool, che tenga conto anche delle fasce di popolazione (età, sesso, livello socio-economico) a più alto rischio e delle diverse tipologie di consumo (bevitori occasionali di alte quantità tra i giovani).</p> <p>Counselling da parte del medico di base ai propri assistiti che bevono una quantità maggiore di quella indicata nell'obiettivo.</p> <p>Counselling da parte degli operatori dell'area consultoriale alle gestanti che bevono una quantità maggiore di quella indicata nell'obiettivo in gravidanza.</p> <p>Prevedere brevi spot informativi sui mass media per cambiare la percezione su quelli che sono considerati i livelli normali del consumo di alcolici e dei modelli culturali del bere.</p> <p>Mettere in rete la Medicina di base con i gruppi di operatori che già si occupano delle problematiche alcool-correlate, al fine di produrre insieme e sperimentare un modello di intervento del medico di medicina generale ed un modello di formazione per tale figura professionale.</p> <p>Sollecitare l'Università ad introdurre la formazione sull'alcool e sui problemi alcool correlati.</p>
<b>Attività fisica</b>	<p><i>I Comuni:</i> Creano maggiori opportunità di svolgere attività fisica attraverso la predisposizione di spazi adeguatamente attrezzati. Attivano corsi dedicati a favorire l'attività fisica di specifici gruppi di popolazione.</p>

<i>Le azioni per contrastare le principali patologie (obiettivo2)</i>	
<i>AREA CHIAVE</i>	<i>AZIONI</i>
<b>Malattie cardio e cerebrovascolari</b>	Valgono le stesse azioni riferite ai fattori di rischio.
<b>Ipertensione</b>	Attivare tutte le azioni enunciate nei paragrafi su alimentazione e attività fisica. Integrare l'approccio di popolazione con la diagnosi precoce e corretto trattamento dei casi di ipertensione nei soggetti di età 35-45 anni.
<b>Tumori</b>	Attivare gli screening programmati della mammella e della cervice uterina. Ricerca attivamente ed eliminare le sostanze cancerogene presenti nell'ambiente di lavoro e di vita (IARC e/o CEE), utilizzando l'archivio regionale delle aziende, selezionando elenchi di ditte in cui l'uso è possibile, verificandone l'uso effettivo attraverso la lista prodotti e disponendo interventi per eliminare l'esposizione.
<b>Malattie infettive</b>	Mantenimento dei programmi di immunoprofilassi. Lotta alle infezioni nosocomiali: formazione rivolta agli operatori per l'adozione di comportamenti corretti e uso appropriato di antibiotici e disinfettanti. Educazione sanitaria per il controllo delle infezioni sessualmente trasmesse. Educazione sanitaria per la prevenzione delle infezioni da salmonella rivolta a tutte le categorie interessate (produttori, distributori, consumatori, ecc.). Lotta alla Tubercolosi tramite l'applicazione delle indicazioni delle linee guida regionali. Sorveglianza epidemiologica nei confronti della popolazione immigrata.
<b>Incidenti e malattie professionali</b>	<i>Regione:</i> Implementare l'attività dell'Osservatorio Regionale degli Infortuni e Malattie professionali. Emanazione Linee di indirizzo alle USL per disciplinare l'applicazione omogenea del D.L.gs 230/95 in tema di rischio radiologico nei confronti dei lavoratori esposti a radiazioni ionizzanti. Monitoraggio dell'attuazione del D.L.gs 626/94. Istituisce il Comitato di Coordinamento regionale in linea con il D.P.C.M. del 5.12.97, così come integrato, in materia di sicurezza nei cantieri edili, dalla L.R. 40/98. Iniziative formative per gli operatori delle Aziende sanitarie e agricole. <i>Aziende USL</i> Potenziano gli organismi di vigilanza dei Servizi di prevenzione.
<b>Diabete Mellito</b>	Promozione dei relativi comportamenti e stili di vita per la salute. Promuovere azioni volte al miglioramento della diagnosi precoce, delle modalità di cura e della prevenzione delle complicanze. Prevedere per ogni cittadino affetto da diabete mellito una tessera personale che attesti l'esistenza della malattia.

<i>Le azioni per migliorare il contesto ambientale (obiettivo 3)</i>	
<i>AREA CHIAVE</i>	<i>AZIONI</i>
<b>Aria</b> <b>Acqua</b> <b>Alimenti</b> <b>Radiazioni</b> <b>Rifiuti</b>	Le attività di prevenzione e controllo per la protezione dell'ambiente (acqua, aria, suolo) che non competono più alle Aziende USL, saranno effettuati dall'ente locale Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente (A.R.P.A.), sulla base della Legge Regionale 6 marzo 1998, n. 9, che la istituisce, e dei successivi atti di trasferimento delle relative funzioni. In tali atti verranno ulteriormente definiti gli ambiti di competenza di carattere prevalentemente sanitario che rimarranno comunque alle Aziende USL e quelli di carattere preminentemente ambientale che fanno capo all'A.R.P.A..

#### Le azioni per rafforzare la tutela dei soggetti deboli (obiettivo 4)

<i>AREA CHIAVE</i>	<i>AZIONI</i>
<b>Immigrati</b>	Lotta contro la Tbc. Attivazione di servizi ambulatoriali dedicati. Individuazione dei mediatori culturali per l'assistenza al parto. Screening perinatali.
<b>Tossicodipendenti e Alcolodipendenti</b>	Induzione a stili di vita meno rischiosi. Adozione di strategie di riduzione del danno. Attivazione di offerte di servizio non di attesa (operatori di strada). Attivazione di risposte terapeutiche, riabilitative ed assistenziali articolate e comprensive di risposte integrate tra i servizi competenti. Costituzione del dipartimento per le dipendenze da sostanze d'abuso (stupefacenti, nuove droghe, alcool, fumo) con bacino di riferimento distrettuale o interdistrettuale. Definizione di nuovi requisiti.
<b>Salute mentale</b>	Razionalizzazione delle prestazioni rese in strutture residenziali e semi-residenziali. Programmazione territoriale della residenzialità. Attivazione di risposte terapeutico-riabilitative ed assistenziali articolate, e comprensive di risposte integrate tra i servizi competenti. Attivazione del Sistema Informativo statistico-epidemiologico. Definizione ulteriori requisiti.
<b>Fasi della vita e salute</b>	Riorganizzare la rete regionale dei punti nascita, per migliorare la qualità dell'assistenza ostetrica e neonatologica. Individuare le gravidanze a rischio e attivare la rete consultoriale sulla base di protocolli regionali. Sviluppare interventi integrati ed interdisciplinari volti alla tutela della salute psichica nelle varie fasi della vita, con il coinvolgimento delle apposite professionalità.
<b>Disabilità</b>	Assistenza domiciliare infermieristico/riabilitativa e di cura alla persona per tutta la vita del paziente disabile. Inserimento nel mondo del lavoro ed in attività sportive ritenute terapeutiche di alcuni handicap. Eliminazione delle barriere architettoniche.

#### 2.4.2. Gli obiettivi di riordino

Il trasferimento di significative risorse dall'assistenza ospedaliera a quella territoriale e la realizzazione di un polo distrettuale in grado di guidare la trasformazione del SSR sono gli obiettivi chiave del riordino. Tali esigenze, datate da almeno vent'anni (cioè dalla nascita del SSN), si impongono per la natura dei bisogni di salute in questa transizione epidemiologica e per il razionamento delle risorse da destinare alla tutela della salute, in questa transizione economico-finanziaria.

In queste condizioni il distretto deve espandere il suo ruolo di coordinamento delle attività progettuali territoriali e abbandonare il modello autoreferenziale, entro il quale i problemi della popolazione trovano risposte parziali e non globali. In questo modo il distretto cessa di essere un presidio di mera fornitura di prestazioni all'utenza, scoordinate rispetto a una strategia globale e intersettoriale di alternative al monopolio dell'offerta ospedaliera, per riposizionare all'interno del SSR la promozione della salute, la prevenzione e l'assistenza di base.

Per favorire il trasferimento di significative risorse dall'assistenza in ospedale a quella sul territorio si individuano come di seguito vincoli di mandato e di spesa sulla gestione dei presidi ospedalieri di USL e delle Aziende ospedaliere.

*Vincoli di mandato.* Gli ospedali devono fornire ai ricoverati prestazioni all'altezza delle esigenze per le quali ci si rivolge al Servizio Sanitario pubblico. Questa garanzia, che attiene alla responsabilità delle aziende, richiede di essere realizzata con misure appropriate in termini di efficacia delle cure, di sicurezza degli impianti, di adeguatezza delle équipe professionali. La corrispondenza tra complessità delle prestazioni e livello al quale vengono fornite è un pilastro di questo sistema, da disegnare con il Piano e costruire definitivamente in sede di accreditamento. Le Aziende ospedaliere sono vincolate a negoziare con le USL di bacino territoriale di riferimento volumi e tipologie di attività di media e bassa assistenza da assicurare e con la Regione i programmi di attività e di sviluppo delle alte specialità.

*Vincoli di spesa.* La spesa ospedaliera, a partire dal tetto '98, così come fissato in rapporto alle disposizioni nazionali e a quelle della L.R. 3/98, nel triennio dovrà scendere progressivamente almeno sino al 50% del totale della spesa sanitaria regionale. La restante quota viene destinata ai servizi territoriali e viene annualmente ripartita sulla base di progetti di ambito almeno distrettuale. E' comunque assicurata ai progetti di prevenzione una quota non inferiore al 6% dell'intera spesa. Le USL complessivamente e per distretti devono approvare progetti per lo sviluppo delle attività di assistenza di base, determinando le quote di spesa ospedaliera da trasformare in componente finanziaria dei progetti stessi.

L'obiettivo di realizzare sul territorio un polo sanitario fornito di poteri idonei a pilotare questo trasferimento esige un distretto tale da costituire:

1. centro di coordinamento e diramazione dei progetti-obiettivo del PSR;
2. punto di negoziazione di obiettivi secondo logiche di budget;
3. punto di management di risorse relativamente alle funzioni svolte dalle unità operative professionali ed attinenti a budget legati ad obiettivi progettuali;
4. ambito di comunicazione con tutte le realtà del territorio e in particolare con i Comuni, le Organizzazioni non a scopo di lucro (ONLUS) comprese le cooperative sociali, gli altri soggetti esterni al SSR, per i programmi a forte fabbisogno di integrazione.

In coerenza con esso la riorganizzazione della rete ospedaliera può consentire un recupero parziale di risorse utili per attivare un processo virtuoso tale da raggiungere, a parità di risorse impegnate, un più elevato livello qualitativo degli standard assistenziali erogati e quindi anche miglioramenti nello stato di salute della popolazione umbra. Il modello assistenziale attuale centrato sulla erogazione della maggior parte delle prestazioni sanitarie in ambiente ospedaliero determina due effetti negativi congiunti: il disagio per il paziente che si vede costretto ad accedere ad un ospedale per ricevere una prestazione che poteva ottenere in sedi più comode e facilmente agibili (proprio domicilio o presso una struttura ambulatoriale specialistica); l'impegno di una struttura complessa e costosa come l'ospedale, che si rivela inappropriata per l'esecuzione di interventi di ridotta complessità su pazienti che non si trovano in uno stato di acuzie. Di conseguenza le risorse necessarie per sostenere quei progetti che potranno consentire una trasformazione virtuosa del SSR e volti a far fronte alle priorità presenti nel campo della tutela della salute della popolazione umbra dovranno scaturire dalla riconversione in atto della rete ospedaliera.

In sintesi si tratta di avviare un processo di riallineamento tra domanda ed offerta che passi attraverso percorsi assistenziali permanentemente verificati sulla base di criteri di congruità e di appropriatezza.

In questo senso le Aziende sanitarie locali e le Aziende ospedaliere dovranno procedere al riequilibrio della rete ospedaliera attuando le indicazioni della D.C.R. 311/97 ed aggredendo i nodi strutturali della spesa attraverso la riduzione complessiva dei posti letto per acuti e quindi dell'offerta di servizi. Questo si dovrà accompagnare a processi di riconversione e riqualificazione professionale del personale necessari per ricollocare le risorse umane nei servizi territoriali e ad investimenti tecnologici utili a migliorare la qualità e la quantità di prestazioni erogabili a costi più

contenuti. Occorre da parte delle aziende uno sforzo per individuare quei settori dove i processi di automazione di informatizzazione e di introduzione di tecnologie sofisticate (Telemedicina, ecc.) possono indurre miglioramenti nella qualità, incrementi quantitativi e liberazione di risorse umane e professionali da impiegare in altri settori con un evidente miglioramento del rapporto costi-benefici. Tale processo andrà monitorato per valutarne i reali effetti e benefici attraverso l'identificazione degli indicatori opportuni.

### **2.4.3. Le proposte per l'intersectorialità**

Il PSR 1999-2001 viene varato in contemporanea con il Piano sanitario nazionale e questa coincidenza dà alla programmazione sanitaria una coerenza interna in passato sconosciuta. Si tratta di un surplus di potenzialità che richiede ora, per esprimersi adeguatamente e complessivamente, che vengano affrontate e risolte le questioni connesse con la messa a regime delle condizioni e degli strumenti per l'intersectorialità. Si tratta, ancora, di questioni che per essere affrontate in modo produttivo, richiedono un approccio complessivo, che tenga conto di piani analitici a differente contenuto di astrazione, tutti però da tenere presenti se vogliamo ottenere avanzamenti in questo campo.

Ad un primo livello di astrazione, dobbiamo considerare, come abbiamo ricordato nel capitolo sugli scenari del Piano, che gli organismi internazionali (OCSE, OMS e più recentemente la Banca Mondiale) stanno prendendo atto della insostenibilità delle politiche di aggiustamento strutturale e basano la loro progettualità sul concetto di sviluppo sostenibile.

Questa assunzione rimanda immediatamente ad una visione sistemica e multicentrica dello sviluppo in cui la salute non è più (se mai lo è stata) un prodotto o addirittura un costo, ma una condizione essenziale del suo verificarsi, mentre la sostenibilità amplia i punti di vista da considerare ed i riferimenti spaziali e temporali cui riferirsi per verificarne la realizzazione. Ne consegue pertanto, perché lo sviluppo sia sostenibile, che i suoi benefici devono raggiungere sia le generazioni presenti che quelle future. E ancora: se la salute diviene centrale nello sviluppo umano, le considerazioni di natura sanitaria devono essere prioritarie nelle attività di programmazione; in particolare la promozione e la difesa della salute devono essere la ragione fondante dei diversi aspetti dello sviluppo sostenibile.

In questo mutato orizzonte vengono meno i rapporti gerarchici tra programmazione generale e quella di settore ed aumentano le variabili da prendere in considerazione nella messa a punto dei relativi programmi.

Tutto questo comporta l'obsolescenza delle rappresentazioni semplificate del reale, degli schemi meccanicistici e dei rapporti di causalità diretta, consegnandoli ai musei delle strumentazioni primitive e ci colloca davanti alla sfida della complessità, mettendo a nudo l'enorme inefficienza sottesa alla adozione di politiche di settore separate.

Ad un grado minore di astrazione si colloca la rassegna delle condizioni teoriche necessarie all'affermazione dell'intersectorialità.

Trattandosi di un livello di enunciazione eminentemente speculativo i riferimenti ed i modelli cui rifarsi sono numerosi, affascinanti e dotati di forte potere persuasivo; tra questi il Piano assume, e non potrebbe essere diversamente, gli enunciati dell'OMS che in recentissime elaborazioni ("Salute per tutti nel ventunesimo secolo", 1998) ci ricorda che "... nell'azione di governo, più autorità prendono decisioni che hanno ricadute in termini di salute, incluse, per esempio quelle nei settori dell'agricoltura, dell'edilizia, dell'energia, dei rifornimenti idrici e della gestione dei rifiuti, del lavoro, dei trasporti, delle finanze, dell'educazione, dell'ambiente, della giustizia etc."

Le politiche di tutti i settori che hanno ricadute in termini di salute devono essere analizzate e raccordate in modo da massimizzare le opportunità per la promozione e la difesa della salute. Questo richiederà ai professionisti che si occupano di sanità di essere quanto più possibile sensibili alle argomentazioni ed alle motivazioni che muovono gli operatori degli altri settori e di essere disponibili a negoziare politiche che comportino benefici reciproci. Inoltre è necessario sviluppare ricerche multidisciplinari per identificare nuove opportunità per la promozione e la difesa della salute attraverso interventi intersettoriali.

Si tratta di considerazioni che, pur nella loro teoricità, non risultano ideologiche. Anzi esse aprono spazi di praticabilità nel reale e riempiono la nostra agenda di scadenze operative.

Se scendiamo ad un livello ancora minore di astrazione, finalmente entriamo nel mondo concreto in cui il PSR si trova ad operare e prendiamo atto delle condizioni reali in cui siamo chiamati a realizzare l'intersettorialità.

Qui si tratta di prendere atto dei possibili disallineamenti che possono connotare l'attività programmatoria:

- disallineamenti di orizzonte progettuale, che vanno colmati attraverso la creazione di interfacce stabili tra le diverse aree operative all'interno dell'Amministrazione regionale, tra i molti Enti Locali chiamati ad intervenire, tra le principali istituzioni con cui è necessario interagire (es.: la scuola), tra le diverse espressioni della società civile;
- disallineamenti di orizzonte temporale, che vedono una differenziazione dei tempi di maturazione dei diversi atti - che è nelle cose - che non deve rappresentare un alibi per non praticare l'intersettorialità, ma che, certamente, non la favorisce;
- disallineamenti di comportamenti e percorsi amministrativi con carenze di integrazione funzionale ed operativa che possono costringere i cittadini ad accessi ripetuti ed estenuanti, mentre si perde la visione unitaria dei loro problemi e si rischia che le risposte garantiscano più la riproduzione degli apparati che la praticabilità delle soluzioni disponibili.

Sulla base di quanto precede, il PSR 1999-2001 propone:

- l'attivazione, nel corso del 1999, di tavoli di consultazione – rispettivamente- intraregionali, con gli Enti locali e con il mondo della scuola, in cui verificare la possibilità di negoziare politiche che presentino benefici reciproci, a partire dagli obiettivi di salute definiti nel presente capitolo e da quelli assunti dalle azioni progettuali del capitolo 5 del PSR.

Queste azioni verranno svolte tenendo conto anche di esempi positivi di sviluppo di politiche intersettoriali, censiti e messi a disposizione dall'Ufficio europeo dell'OMS, che, tra i vari settori di intervento, ha una relevantissima esperienza nel campo del programma noto come "Città sane".

In questa sede verranno precisate le *quote di partecipazione* di ciascuno dei soggetti il cui concorso è indispensabile per garantire la *intersettorialità* e la *globalità* degli interventi, con l'attenzione di riferirle ad almeno due criteri: corresponsabilità e cofinanziamento.

Il primo criterio, oltre a precisare le responsabilità in termini di ambiti di autorità, serve a determinare il diverso peso dei coinvolgimenti in base alle variabili che influenzano ciascuno degli obiettivi.

Il secondo criterio determina invece i relativi coinvolgimenti finanziari.

- Successivamente sarà possibile operare una prima verifica degli avanzamenti ed una riflessione metodologica sugli ostacoli incontrati, al fine di mettere in campo soluzioni che consentano di superare le eventuali empassé. Dal complesso delle collaborazioni acquisite deriverà una mappatura delle responsabilità assunte dai molteplici attori coinvolti sia sul terreno degli interventi che su quello delle responsabilità di finanziamento.

Sullo sfondo degli approcci necessari per dare seguito ai suoi obiettivi di salute, il PSR propone, a titolo esemplificativo e di stimolo, alcuni terreni di interfaccia con il Piano regionale di sviluppo, la

programmazione urbanistica ed ambientale regionale e comunale e la programmazione regionale e comunale per il sociale.

### **2.4.3.1 Piano Regionale – Sviluppo**

Al Piano Regionale di Sviluppo, il PSR 1999-2001 chiede di assumere il concetto di sviluppo sostenibile come orizzonte operativo generale e, conseguentemente, di assumere la salute degli umbri come un parametro essenziale dello sviluppo da perseguire.

Si tratta, in questa direzione di creare le condizioni generali perché la società umbra investa nella salute e per la salute, creando le condizioni di base sia strutturali che metodologiche perché sia possibile praticare l'intersettorialità.

Nel concreto questo significa che nell'impostazione delle diverse politiche settoriali investire per la salute degli umbri significa sviluppare almeno le seguenti indicazioni di fonte OMS:

- a) una più forte azione congiunta tra sistema sanitario e quello educativo può contribuire sostanzialmente e rapidamente ad un complessivo miglioramento dello stato di salute della popolazione ed alla riduzione, sul lungo periodo, delle sperequazioni tra classi e gruppi sociali nelle condizioni economiche e sanitarie.
- b) Le politiche economiche e fiscali possono influenzare in modo significativo l'effettivo ottenimento di guadagni di salute e la loro distribuzione omogenea in seno alla società. Politiche fiscali che incentivano la salute, quelle che scoraggiano l'uso di prodotti dannosi e che stimolano l'uso di alimenti sani e l'adozione di stili di vita salubri, devono essere sostenute.
- c) Le politiche del settore agricolo dovrebbero includere modalità di gestione che minimizzino l'uso di sostanze chimiche tossiche, stabiliscano modalità di uso della terre che facilitino, piuttosto che scoraggiare, gli insediamenti umani nelle aree coltivate, incoraggino la sostituzione di attrezzature pericolose e assicurino la produzione di alimenti sani e nelle quantità necessarie.
- d) Una politica energetica che favorisca la salute deve supportare l'uso di fonti di energia pulita.
- e) Bisogna fare in modo che sia prodotta la minor quantità possibile di sostanze tossiche e nocive.
- f) Bisogna fare in modo che trasporti più puliti e con un impiego più efficiente dell'energia siano disponibili.
- g) Bisogna creare le condizioni perché gli edifici siano progettati per consentire un impiego più efficiente dell'energia.
- h) Le politiche demografiche devono essere integrate con strategie rivolte a migliorare la condizione delle donne, favorendo in particolare il loro accesso all'istruzione, ai programmi per l'assistenza di base e per la salute riproduttiva e una loro paritaria partecipazione ai processi di assunzione delle decisioni.

L'impatto cumulativo di ciascuna di queste politiche può essere decisivo. Ciascun intervento, se associato con una legislazione appropriata e con adeguati programmi di educazione alla salute può ritardare e persino invertire trend negativi, in particolare per quanto riguarda le malattie cronico - degenerative ed i traumatismi; l'adozione di questi suggerimenti può garantire che la salute non venga sacrificata sull'altare di interventi di breve periodo e di meri guadagni economici.

### **2.4.3.2 La programmazione urbanistica e ambientale regionale e comunale**

Il PSR 1999-2001 chiede alla programmazione urbanistica ed ambientale regionale e comunale un supporto decisivo per mettere a frutto, in Umbria, i risultati delle sperimentazioni svolte dall'Ufficio Europeo dell'OMS nel progetto "Città sane".

Questo progetto è rivolto ai governi locali e alle associazioni affinché collaborino allo sviluppo della salute nelle città e alla soluzione dei problemi ambientali.

Il modello che lo sottende è stato adottato, nella fase sperimentale, per promuovere la salute urbana in più di mille città in tutto il mondo e costituisce oggi un solido riferimento per molte amministrazioni dei principali comuni italiani. Le città impegnate a promuovere la salute della propria popolazione attraverso approcci concertati, partecipativi e "multisetoriali" hanno legato i loro sforzi e diviso le loro esperienze per mezzo di network nazionali e regionali, utilizzando molti canali di comunicazione già esistenti che servono per lo scambio di beni, servizi, tecnologia e informazione. Il progetto ha affondato le sue radici nel concetto di cosa sia una città e nella previsione di come possa diventare una città sana; una città è vista come un complesso organismo che vive, respira, cresce e cambia costantemente. La città sana è quella che migliora i suoi ambienti e che espande le sue risorse così che le persone possano sostenersi vicendevolmente nella massima valorizzazione delle loro potenzialità. Il concetto di città sana significa poi metodo, non solo risultati: una città sana non è necessariamente quella che ha raggiunto un particolare stato di salute, ma è quella città che è conscia che la salute è un problema cittadino e si adopera per migliorarla. In questa direzione qualsiasi città può essere sana se si impegna per la salute e se ha, per il suo miglioramento, una struttura ed un metodo di lavoro.

Su questo terreno sono oggi disponibili presso l'Ufficio Europeo dell'OMS esperienze e valutazioni che nascono da lunghi e rigorosi processi di sperimentazione e da attente verifiche. Il progetto "Città sane" rappresenta dunque una opportunità per lavorare nella direzione della intersectorialità e per migliorare la salute degli umbri e la loro qualità della vita.

### **2.4.3.3 La programmazione regionale e comunale per il sociale**

Il sociale rappresenta un "settore" accomunato alla sanità dalla estrema dipendenza verso le politiche intersectoriali, nella cui assenza si determinano contemporaneamente sia alterazioni delle condizioni di integrazione / disagio / emarginazione dei cittadini che quelle, spesso concomitanti ed interagenti, delle condizioni di benessere / rischio / malattia.

Questa comunanza di sensibilità verso l'attivazione di politiche intersectoriali fa sì che molte delle richieste avanzate dal PSR possano avere effetti positivi sulle politiche sociali: pensiamo, ad esempio, ai guadagni, in termini di integrazione dei cittadini che possono derivare dall'adozione dei risultati del progetto "Città sane", che chiama in causa contemporaneamente i livelli regionali e comunali della programmazione di settore.

Sul piano delle relazioni bilaterali una carenza di intersectorialità tra la programmazione per il sociale e la programmazione sanitaria può rappresentare un terreno sul quale, forse più che altrove, emergono i disallineamenti di percorsi e comportamenti amministrativi cui si accennava prima.

Qui, più che prospettare possibili orizzonti e terreni di lavoro, si tratta di implementare le molte esperienze e collaborazioni già avviate, tra programmazione sanitaria e programmazione sociale di livello regionale e comunale, al fine di creare maggiore integrazione funzionale ed organizzativa.



Il PSR 1999-2001 affronta il terreno dell'integrazione tra sociale e sanitario su molti versanti, tra cui:

- quello della impalcatura organizzativa del distretto (paragrafo 4.1.13);
- quello della definizione dei ventagli di opzioni per la residenzialità degli anziani a seconda della diversa accentuazione degli aspetti sanitari e sociali nei loro bisogni, delle caratteristiche funzionali ed organizzative per garantire risposte ottimali, e delle conseguenti ripartizioni degli oneri finanziari (paragrafo 5.1.1.2);
- quelli della integrazione necessaria sui terreni degli altri atti di indirizzo programmatico di cui al paragrafo 5.2 del PSR.

### **3. IL GOVERNO DELLA SANITA'**

Uno dei nodi strutturali del sistema sanitario umbro, così come in altre realtà regionali è rappresentato da un alto livello della spesa ospedaliera, accentuato dall'introduzione del sistema di pagamento a tariffa. Tale sistema, così come delineato dall'attuale normativa, comporta una tendenza all'incremento dei volumi di attività ospedaliera, in particolare nel caso degli ospedali scorporati e costituiti in azienda autonoma, poiché il pareggio della gestione tende sempre più ad essere perseguito mediante l'aumento del numero di prestazioni erogate, nonché tramite il progressivo spostamento della casistica trattata verso tipologie di prestazioni più remunerative. Tali comportamenti sono resi possibili ed incentivati anche dalla forte capacità di autoinduzione della domanda tipica della produzione di servizi sanitari. Inoltre, in sistemi che prevedono il pagamento a prestazione degli erogatori, senza vincoli di budget, le prestazioni inefficaci o inappropriate proliferano con conseguente dilatazione della spesa e generazione di rischi per la salute della popolazione.

Da ciò il Piano individua i cittadini come fruitori di un sistema sanitario basato sull'evidenza, il che comporta indicazioni relative a scelte fortemente raccomandate ed altre preferibilmente da evitare.

In tema di focalizzazione degli ambiti di appropriatezza del mercato in sanità emergono i seguenti orientamenti:

1. non è funzionale agli interessi dei cittadini l'introduzione di forme di pagamento a prestazione per i medici di medicina generale. Risulta necessario gestire in modo attento le assegnazioni delle quote di retribuzione variabile previste dalla recente convenzione, collegandole fortemente ai risultati, in termini di salute, che dovrebbero derivare da un corretto svolgimento delle funzioni loro assegnate per l'assistenza primaria;
2. è di fondamentale importanza che i cittadini, su un definito territorio, possano fruire delle prestazioni ospedaliere di primo e secondo livello, senza essere vittime di competizioni. Questo risultato può essere raggiunto alternativamente attraverso:
  - la riunificazione dei momenti organizzativi relativi all'assistenza di base e a quella ospedaliera di primo e secondo livello;
  - il mantenimento di momenti organizzativi separati e finanziamento dell'assistenza ospedaliera tramite budget definiti, attenuando la tendenza a ricoverare per aumentare i fatturati.

Un modello di finanziamento, coerente con le esigenze fin qui rappresentate, è delineato dalla nuova legge regionale sull'ordinamento del Sistema Sanitario Regionale (Legge regionale 3/98).

La compensazione su base tariffaria è mantenuta per la valorizzazione e contabilizzazione degli scambi interni al sistema regionale, anche per quelli interregionali.

Le prestazioni di alta specialità erogate dalle Aziende ospedaliere sono invece remunerate tramite un finanziamento diretto da parte della Regione, previa contrattazione di volumi e tipologie di attività.

Per i rapporti tra USL (acquirenti) e Aziende ospedaliere e Case di Cura private accreditate si prevede la stipulazione di accordi relativi a risultati di solito predefiniti che, in termini finanziari, si risolvono in contratti forfettari secondo la logica del "global budgeting". Eventuali deroghe potranno derivare dagli scostamenti conseguenti all'esercizio della potestà di scelta da parte degli utenti relativamente alla qualità delle prestazioni. Si avvia così un meccanismo premiante per quelle strutture che presentano più alti livelli di qualità.

### **3.1 LA SITUAZIONE FINANZIARIA DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**

L'analisi del Sistema Sanitario Regionale, dal punto di vista della sua sostenibilità economica, non può prescindere dalla messa in chiaro dei presupposti concettuali fondamentali:

1. il fabbisogno finanziario necessario ad assicurare il funzionamento del sistema è in gran parte dipendente dalla "capacità produttiva installata", con ciò intendendosi il complesso delle strutture, attrezzature e personale esistente. I costi fissi generati dalla capacità produttiva esistente, infatti, rappresentano circa l'85 per cento dei costi totali di produzione dei servizi sanitari. Inoltre, il livello di offerta esistente (dipendente dalla capacità produttiva) influenza fortemente la domanda dei servizi, innalzando quindi anche la quota di costi variabili.
2. Restando nell'ambito del Servizio Sanitario pubblico, la capacità di pagamento per i servizi sanitari resi disponibili dal sistema è predeterminata, poiché corrispondente per la quasi totalità alla quota del Fondo Sanitario Nazionale assegnata alla Regione.

Ne derivano pertanto le seguenti indicazioni per il governo delle risorse in sanità:

- a) il contenimento della spesa complessiva, a livello di sistema regionale, non può che seguire la via maestra della diminuzione innanzi tutto dei costi fissi, quindi della riduzione della capacità produttiva. Posto che la programmazione regionale assume come obiettivo qualificante il potenziamento dell'assistenza territoriale e la diminuzione dei tassi di ospedalizzazione, quanto sopra comporta necessariamente la riconversione di strutture ospedaliere non strategiche;
- b) il modello di finanziamento proposto deve essere coerente con gli indirizzi generali delineati, poggiando sui meccanismi esposti al paragrafo precedente. I comportamenti delle Aziende sanitarie, in particolare quelle ospedaliere, nel loro interagire sul "mercato" interno devono tenere conto delle complessive compatibilità finanziarie a livello regionale, data l'inesistibilità del volume globale delle risorse finanziarie disponibili;
- c) la leva dell'incremento di efficienza gestionale, senz'altro da perseguirsi, intesa come mantenimento dello stesso livello di offerta a costi inferiori, non può comunque da sola produrre un risultato significativo in termini di riduzione dei costi complessivi, data l'esiguità dei costi variabili sul totale.

#### **3.1.1. Prospettive di medio periodo**

La sostenibilità in termini finanziari delle scelte politiche programmatiche effettuate dal Piano risulta da sempre uno dei nodi principali della programmazione sanitaria regionale.

Risulta pertanto aleatorio elaborare proiezioni finanziarie di medio periodo, che pure dovrebbero correttamente corredare gli indirizzi ed i programmi di attività espressi nel documento di Piano.

Nondimeno, è possibile delineare uno scenario prospettico sulla base di alcune tendenze generali, riconducibili prevalentemente a:

- a) la dinamica del Fondo sanitario nazione (FSN), alla luce di quanto stabilito nel Piano Sanitario Nazionale, che prevede un incremento del 3 per cento montante per gli anni 1999 e 2000;
- b) l'andamento del processo - in atto da un paio di anni - di graduale revisione dei criteri di riparto del FSN tra le Regioni, in particolare con riferimento all'utilizzo di ponderazioni del calcolo della popolazione legate alle diverse fasce di età;

c) gli esiti del percorso di ricognizione e valutazione delle situazioni finanziarie pregresse previsto all'art. 28 della Legge finanziaria 1999 (patto di stabilità interno), dal quale dipenderà l'entità dei disavanzi delle passate gestioni che resteranno a carico delle Regioni;

d) il confronto da tempo in corso tra Regioni e Governo, in particolare il Ministero del Tesoro, riguardo alla determinazione quantitativa del grado di congruità del FSN in relazione ai livelli essenziali di assistenza;

e) le possibilità di acquisire risorse - oltre quelle derivanti dagli esistenti canali di finanziamento - a sostegno delle politiche di investimento, aspetto questo per il quale si rimanda al successivo paragrafo.

Assume particolare rilievo inoltre, per gli equilibri finanziari del sistema sanitario, che gli oneri aggiuntivi derivanti dalle varie tornate contrattuali trovino di volta in volta apposita copertura nel FSN, e non vadano quindi a scaricarsi sui livelli ordinari di finanziamento.

Il sistema sanitario regionale, dopo un breve periodo (1995-1996) di sostanziale pareggio finanziario, ha fatto nuovamente registrare risultati negativi di bilancio con un disavanzo di 140 miliardi nel 1997 (esercizio su cui si sono scaricati gli oneri dell'ultimo rinnovo contrattuale) ed un disavanzo presumibile, per il 1998, intorno ai 60-70 miliardi.

E' d'altra parte ragionevole ipotizzare, per il prossimo futuro, un ritorno ad una situazione di equilibrio economico, a patto che vengano rispettate le seguenti condizioni:

a) completamento del processo di revisione dei criteri di riparto del FSN tra le Regioni, con il pieno riconoscimento dei maggiori bisogni sanitari espressi da quelle, tra cui l'Umbria, con un alto indice di invecchiamento;

b) sterilizzazione degli effetti negativi ricadenti su bilanci sanitari regionali in conseguenza degli incrementi retributivi del personale;

c) perseguimento di politiche di razionalizzazione del sistema sanitario regionale, in particolare con riferimento alla rete ospedaliera.

In questa cornice, particolare rilievo merita l'istituzione del *nuovo tributo regionale denominato IRAP*.

Pare assai dubbia l'efficacia di questo tributo al fine di accrescere significativamente l'autogoverno e l'autonomia finanziaria della Regione.

A parte l'incertezza sul gettito effettivo di competenza dell'IRAP, l'architettura fiscale delineata dalla riforma crea senza dubbio molteplici problemi, soprattutto di gestione finanziaria e di programmazione, agli amministratori regionali.

L'attribuzione del gettito delle nuove imposte e addizionali si accompagna infatti alla devoluzione, a carico del bilancio di ogni Regione, di risorse relative ai costi di gestione del nuovo tributo sulle attività produttive, nonché di risorse destinate a "restituire" allo Stato la quota regionale della soppressa imposta sul patrimonio netto delle imprese e ad alimentare un "fondo di compensazione".

Questa struttura finanziaria sembra finalizzata, più che ad assicurare autonomia fiscale alle Regioni, a contemperare le novità di una nuova imposta erariale - "donata" alle Regioni - con gli equilibri finanziari centro-periferia.

E' noto infatti che l'utilizzo del gettito della nuova imposta è già largamente preordinato a coprire il fondo sanitario di parte corrente, in sostituzione dei soppressi contributi sanitari.

L'IRAP appare insomma, per le modalità di riscossione e determinazione, più un'imposta di tipo erariale "trasferita" alle Regioni, che uno strumento di autonomia impositiva regionale. A tal fine sarebbe necessario limitare la normativa fiscale all'attuale regime transitorio, demandando alle Regioni la successiva istituzione delle IRAP regionali. Il rinvio al 2000 della parziale possibilità di modificare aliquote e base imponibile da parte delle Regioni è stato certo imposto anche dall'incertezza sul gettito effettivo del nuovo tributo.

Prendendo in considerazione anche la nuova addizionale IRPEF, da una simulazione effettuata risulta che l'entrata in vigore dell'IRAP e dell'addizionale IRPEF stessa non assicurano risorse sufficienti a compensare il venir meno del gettito dei contributi sanitari e coprire le altre voci compensative previste dalla legge. L'equilibrio dovrebbe verificarsi nel 2000, quando si registra un surplus derivante dal venir meno dell'imposta sul patrimonio netto da restituire allo Stato.

In conclusione si può affermare che, allo stato attuale, un eventuale maggior gettito dell'IRAP non rappresenta né una maggiore disponibilità per l'assistenza sanitaria - la cui quantificazione complessiva è svincolata dall'andamento dell'imposta - né maggiori risorse per il bilancio regionale, tenuto conto che eventuali eccedenze dovranno essere riservate in un fondo di compensazione interregionale finalizzato a "risanare" quelle regioni che si troveranno penalizzate rispetto alla precedente normativa.

### **3.1.2. La ridefinizione dei meccanismi di finanziamento verso un modello che paga la salute**

#### ***Gli obiettivi***

1. Ridurre il peso della spesa ospedaliera sul totale della spesa sanitaria, proporzionalmente alle funzioni trasferite all'assistenza territoriale, in coerenza con gli indirizzi programmatici tesi alla diminuzione del tasso di ospedalizzazione;
2. Eliminare fenomeni di sovrapposizione tra Aziende ospedaliere e gli ospedali incorporati;
3. Contribuire ad accrescere il grado di appropriatezza dei ricoveri e dei trattamenti diagnostico terapeutici;
4. Favorire l'integrazione dei servizi in reti d'area.

#### ***Le soluzioni proposte***

Le soluzioni proposte prevedono la correzione del sistema di remunerazione a tariffa mediante:

1. l'introduzione di sistemi di remunerazione corrisposta a fronte di risultati contrattualmente definiti tra Aziende USL e Aziende ospedaliere;
2. la definizione, tra la Regione e le Aziende ospedaliere dei piani di attività e di programmi di sviluppo relativi alle prestazioni di alta specializzazione da remunerare con finanziamento diretto.

In considerazione di quanto detto in precedenza il FSR di parte corrente sarà ripartito adottando i seguenti criteri:

- A. per una parte in base alla quota capitolaria pesata tra le Aziende USL con il criterio del consumo storico dei servizi per classi di età, assumendo come pesi specifici i consumi medi per classi di età relativamente alla spesa ospedaliera e farmaceutica calcolati su base regionale;
- B. un'ulteriore quota riservata al finanziamento di progetti finalizzati allo sviluppo dei livelli di qualità ed efficienza dei servizi (fra gli altri digitalizzazione e messa in rete dei servizi di diagnostica per immagini), progetti per la verifica e revisione di qualità del sistema informativo dei servizi di prevenzione, cui concorrono le Aziende sanitarie con risorse proprie;
- C. una terza quota è riservata al finanziamento dei piani di attività e di sviluppo delle Aziende ospedaliere per le alte specialità.

### 3.1.3 Il finanziamento dei livelli di assistenza

In linea con quanto previsto dal PSN sul finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale articolato per quota capitaria per il triennio 1998/2000 e con l'obiettivo regionale di trasferire risorse dall'assistenza ospedaliera a quella territoriale, sino a ridurre la prima al 50% del totale della spesa del SSR i livelli assistenziali, saranno finanziati come illustrato nella tabella seguente:

<b>Finanziamento dei macrolivelli di assistenza nel triennio di vigenza del Piano Sanitario Nazionale</b>							
(in valore assoluto ed in rapporto percentuale rispetto alla quota capitaria)							
	<b>quota capitaria</b>	<b>Prevenzione</b>		<b>Assistenza distrettuale</b>		<b>Assistenza ospedaliera</b>	
<b>1998</b>	<b>1.783.200</b>	<b>89.160</b>	(5 %)	<b>713.280</b>	(40 %)	<b>980.760</b>	(55 %)
<b>1999</b>	<b>1.809.950</b>	<b>99.547</b>	(5,5 %)	<b>760.179</b>	(42 %)	<b>950.224</b>	(52,5 %)
<b>2000</b>	<b>1.837.100</b>	<b>110.226</b>	(6 %)	<b>808.324</b>	(44 %)	<b>918.550</b>	(50 %)

Sarà comunque emanata, entro il 1999, una direttiva vincolante gli ospedali sulla individuazione di un limite massimo di inappropriatazza dei ricoveri e l'introduzione di un correlato meccanismo di penalizzazione economica.

Inoltre, la quota capitaria relativa al 2001, non appena resa nota, sarà ridistribuita per i suddetti livelli assistenziali secondo il criterio riportato in tabella.

### 3.1.4. Gli investimenti

Le necessità di trasformazione del Sistema sanitario regionale esigono, altresì, un rilevante impegno di investimenti in strutture e tecnologie tanto nella rete ospedaliera che nei servizi territoriali.

Nell'arco del triennio si dovranno ultimare alcune opere attualmente in corso di realizzazione, accelerare il programma realizzativo "Polo Unico ospedaliero" di Perugia, attivare nuove strutture di riabilitazione, lungodegenza e RSA previste in attuazione dell'atto programmatico del Consiglio Regionale 311/97, e si dovrà potenziare la rete dei centri di salute.

Le opzioni del Piano sono dunque le seguenti:

1. il completamento e l'attivazione nel triennio degli ospedali di Città di Castello, Orvieto e Foligno, nonché la compiuta ristrutturazione dell'ospedale di Spoleto, per i quali sono stati acquisiti i relativi finanziamenti;
2. la realizzazione dell'intera "piastra servizi" del programma Polo Unico anch'essa già finanziata;
3. l'adeguamento ed il potenziamento tecnologico degli impianti e delle tecnologie dell'intera rete ospedaliera regionale perseguendo finalità di innovazione e di sicurezza dei servizi;
4. il miglioramento e l'ampliamento delle strutture territoriali, anche a seguito di conversioni parziali o totali di talune attuali sedi ospedaliere.

Le risorse utili alla trasformazione del Sistema dovranno essere reperite:

- A. acquisendo globalmente il finanziamento richiesto a valere sul fondo straordinario per l'edilizia sanitaria, ai sensi dell'art.20 della Legge 67/88, soprattutto in ragione dei recenti eventi sismici e della conseguente necessità di accelerare i programmi in precedenza approvati e che costituiscono parte integrante del presente Piano;
- B. attraverso la partecipazione delle aziende al progetto relativo al fondo immobiliare chiuso previsto dalla L.R. 14/97;
- C. attraverso il ricorso delle aziende al mercato finanziario, nelle forme e nei limiti stabiliti dall'attuale quadro legislativo;
- D. con alienazioni patrimoniali di beni non più destinabili ad utilizzazioni sanitarie;
- E. attraverso l'apporto di risorse private, promuovendo opportune sperimentazioni gestionali secondo quanto previsto e consentito dall'art. 9 bis del D.Lgs. 502/92.

### **3.1.5. Il ruolo dei soggetti privati e di quelli pubblici e le sperimentazioni gestionali**

La ricerca di un nuovo rapporto fra pubblico e privato, rappresenta uno degli indirizzi più innovativi con i quali ci si propone di conferire una maggiore efficacia ed efficienza al Sistema Sanitario Nazionale, oltre a colmare lacune di offerta che non risulti conveniente risolvere in ambito esclusivamente pubblico. Fra gli strumenti utilizzabili per ottenere questi obiettivi, le società miste dovrebbero consentire di combinare le potenzialità di indirizzo e strategiche dell'Amministrazione Pubblica con le capacità gestionali ed operative delle imprese private, superando così la tradizionale distinzione tra:

1. sistema privato che governa la produzione e che persegue l'efficienza;
2. sistema pubblico che governa l'allocazione della ricchezza, la redistribuzione e l'accesso ai consumi e che persegue l'equità.

Soprattutto nei servizi pubblici, gli aspetti redistributivi e perequativi appaiono sempre più legati alle modalità di produzione/erogazione dei servizi stessi ed ai livelli di funzionalità delle strutture.

I nuovi equilibri tra criteri del privato e del pubblico sono consentiti da una nuova schematizzazione che distingue:

- A) la gestione delle funzioni di tutela della salute (legate al modello istituzionale), che consiste nel regolare i meccanismi di selezione della domanda e di accesso alle strutture di erogazione dei servizi;
- B) la gestione dei servizi di tutela della salute (legati al modello gestionale), che consiste nell'attuare i processi di combinazione dei fattori produttivi.

L'introduzione di forme gestionali innovative quali le società miste rientra nell'evoluzione del modello gestionale, che crea nuove opportunità di collaborazione tra pubblico e privato nel settore ospedaliero partendo dall'identificazione di molteplici processi distinti:

- a) assistenziale;
- b) alberghiero;
- c) di gestione di servizi nelle "aree sanitarie" dove affluiscono masse di persone;
- d) di gestione e manutenzione della tecnologia;
- e) di ricerca e sviluppo applicati alla sanità;
- f) di gestione di strutture ospedaliere pubbliche per attività libero professionale;
- g) di gestione di attività sanitarie di tipo diagnostico contraddistinte dalla presenza di rilevanti investimenti tecnologici.

Le aree di attività qui elencate appaiono essere le più significative per lo sviluppo di iniziative miste.

All'interno delle aree sopra evidenziate è possibile distinguere due diverse categorie di funzioni:



- quelle che assumono, in riferimento a superiori obiettivi sociali, un carattere eminentemente strategico e cioè quello medico-assistenziale;
- quelle “non strategiche” (attività di gestione a carattere aziendale contraddistinte da “funzioni a supporto” delle attività strategiche).

I nuovi indirizzi in tema di sanità dichiarano la necessità di una collaborazione tra pubblico e privato proprio in riferimento a queste ultime. Esistono, infatti, settori che assorbono, all'interno della struttura sanitaria, significative risorse, le quali sono stornate da impieghi quali la diagnosi e la terapia, più pertinenti agli obiettivi del sistema: si tratta di servizi connessi alle funzioni amministrative, alla gestione e manutenzione degli impianti, alle pulizie, ristorazione e lavaggio della biancheria.

Tuttavia, si fa sempre più ampia la consapevolezza di dover sperimentare forme di collaborazione pubblico-privato anche sul terreno delle funzioni sanitarie strategiche, forme finalizzate alla complessiva gestione di ospedali.

Iniziative innovative quali la creazione di “società miste” consentono di sfruttare congiuntamente le potenzialità che contraddistinguono tanto l'operatore privato quanto quello pubblico. Viene, inoltre, ridotta la pressione del privato ad un rapido recupero dell'investimento effettuato ed è contestualmente incrementata la rapidità di decisione dell'ente pubblico coinvolto nella gestione di società miste.

In tale prospettiva, la Regione dell'Umbria individua quali ambiti di possibili sperimentazioni gestionali, anche attraverso la costituzione di società miste, i seguenti:

- l'area delle funzioni aziendali a supporto delle attività strategiche (gestione dei servizi alberghieri, gestione e manutenzione della tecnologia, gestione di strutture ospedaliere pubbliche per attività libero-professionali);
- l'area delle funzioni strategiche, limitatamente a taluni servizi assistenziali di urgente attivazione o che necessitano di rilevanti investimenti, privilegiando, ove possibile, rapporti di collaborazione con organizzazioni non lucrative di utilità sociale (ONLUS).

Resta inteso che gli apporti provenienti dal settore privato non debbono in alcun modo prefigurare una privatizzazione strisciante della sanità regionale. In tal senso il criterio guida deve essere quello della “convenienza” intesa in senso lato, sia come possibilità di incremento dell'efficienza gestionale (consentendo così di liberare risorse per potenziare i livelli di assistenza), sia come modalità per rimediare a carenze nell'offerta non adeguatamente risolvibili mediante riqualificazione e riconversione delle esistenti risorse pubbliche.

In tale prospettiva, la Regione dell'Umbria individua quali ulteriori sperimentazioni gestionali pubblico-privato esclusivamente le seguenti:

- la costituzione di una società mista tra le Aziende sanitarie regionali e partner privati per la gestione dei servizi di pulizia, lavanolo, sterilizzazione e delle attività correlate;
- la promozione di un'organizzazione non lucrativa di utilità sociale (Onlus) nell'ambito del “Polo Unico” perugino per la realizzazione e gestione di un centro oncologico regionale di ricerca, diagnosi e cura in collaborazione con fondazioni bancarie ed associazioni di volontariato.

### **3.1.6. La gestione delle risorse umane**

La gestione delle risorse umane evidenzia una particolare criticità rispetto agli altri fattori della “combinazione produttiva” aziendale. Tale criticità è supposta crescente in quanto riflette la sempre maggiore complessità delle variabili strutturali, ambientali, istituzionali e finanziarie delle Aziende sanitarie. A fronte di ciò:

1. manca una strategia per la gestione delle risorse umane che sappia riconoscere nel personale un fattore critico del successo dei processi di riordino del SSR;
2. si evidenzia un appiattimento paralizzante sulle politiche di blocco delle assunzioni derivate dalla normativa nazionale degli ultimi anni, fino a coltivare l'illusione che la conseguente riduzione di personale (circa 800 unità in un quinquennio) sia pienamente ed automaticamente compatibile con la conservazione dei livelli di qualità dei servizi;
3. non è stato adeguatamente sviluppato il problema della produttività del lavoro attraverso la definizione di standard di riferimento e di sistemi di indicatori;
4. non sono state sviluppate le potenzialità contenute nel nuovo regime del rapporto di impiego e nell'accordo nazionale di lavoro per l'attivazione di sistemi premianti.

### ***Gli indirizzi generali***

Sul piano metodologico si tratta di finalizzare la gestione delle risorse umane alla promozione della qualità dell'assistenza sanitaria, attraverso:

1. la determinazione di standard di riferimento per le dotazioni organiche;
2. l'orientamento dell'attività al risultato, la strutturazione di sistemi di controllo direzionale, l'attivazione piena di sistemi premianti (produttività individuale e collettiva, retribuzione di posizione e di risultato);
3. il miglioramento delle competenze professionali;
4. l'affermazione di valori condivisi, la promozione del senso di appartenenza, la spinta all'autovalutazione e all'automiglioramento.

### ***Gli obiettivi***

Assumere la consistenza numerica del personale delle dotazioni organiche come tetto massimo, entro il quale dovranno essere dimensionate le dotazioni effettive di risorse umane alla scadenza del Piano. Si tratta di impostare un percorso finalizzato a comporre e sanare gli squilibri che si registrano nella distribuzione del personale tra i servizi delle singole aziende e, eventualmente, tra le aziende. Le variazioni nelle dotazioni di personale, infatti, sono state regolate, nel corso degli ultimi 4-5 anni, non da un disegno razionale di riordino ma da misure indifferenziate di blocco del turn over con evidenti effetti di incongruenza ed irrazionalità rispetto alle effettive esigenze operative espresse dai servizi.

Una gestione del turn over basata su criteri selettivi e attenta alle carenze di determinate specifiche e professionalità potrà comunque consentire, pur nel rispetto dell'obiettivo sopra definito, una adeguata risposta alle esigenze di potenziamento e miglioramento di servizi per i quali, attualmente, esistono situazioni di sottodimensionamento qualitativo e quantitativo.

Il percorso previsto dovrà essere gestito assumendo i seguenti criteri di riferimento:

- le Aziende sanitarie dovranno attivare azioni efficaci di riequilibrio che possono comportare, nell'immediato, anche un incremento del personale in servizio, salvo prevederne il recupero attraverso la gestione del turnover (la tabella seguente rileva il personale al 31.12.98). Il processo di riequilibrio può trovare realizzazione, infatti, solo su tempi medi, stante la strettissima connessione che lo lega alle complessive azioni di riordino della rete dei servizi previste dalla programmazione regionale. Nella conduzione del riequilibrio le Aziende sanitarie terranno conto degli standard di riferimento che potranno derivare, a titolo di supporti informativi e di orientamento per la gestione delle dotazioni organiche, dalle rilevazioni effettuate sui carichi di lavoro;
- le azioni rivolte alla gestione delle risorse umane devono risultare coerenti con l'obiettivo, assunto come strategico dalla programmazione regionale, di produrre un consistente trasferimento di risorse dal livello dell'assistenza ospedaliera a quello dell'assistenza territoriale. Si tratta, in questo ambito, di alimentare anche attraverso la riassegnazione di risorse professionali i processi di riconversione delle attività fin qui erogate attraverso il

regime del ricovero ospedaliero, che dovranno trovare collocazione sui versanti dell'assistenza territoriale (ADI, ospedalizzazione domiciliare, RSA ecc.);

assumere come strumento strategico per il governo aziendale l'adozione di incisivi sistemi incentivanti, effettivamente orientati alla valutazione dei risultati e sostenuti da adeguate risorse finanziarie. I sistemi premianti aziendali possono rappresentare un efficace strumento di integrazione e di orientamento degli individui ai fini organizzativi. Gli oggetti di premio devono avere la caratteristica di misurabilità o stimabilità perché i membri di un'organizzazione accetteranno di essere misurati e premiati con criteri e dati poco controvertibili e trasparenti, non abbandonati a interpretazioni soggettive o impressioni vaghe. In sanità è opportuno prevedere misurazioni rivolte alla rilevazione di oggetti misurabili qualitativamente (capacità collaborative, climi sociali, comportamento di servizio, capacità creative, autonomia, ecc.). In particolare riguardo alla produttività collettiva ed individuale:

- le risorse finanziarie destinate ad alimentare il sistema incentivante dovranno essere commisurate alla strategicità dell'impegno richiesto al personale dipendente e saranno integrate da appositi stanziamenti aggiuntivi a carico del fondo sanitario regionale, in analogia a quanto già sperimentato con l'accordo sui fondi aggiuntivi stipulato tra le Regioni e le OO.SS. nel 1996;
- la gestione aziendale dei meccanismi incentivanti dovrà garantire l'effettivo conseguimento di risultati previsti dalla programmazione aziendale con particolare riferimento al contenimento dei costi e al raggiungimento, nell'arco temporale di vigenza del Piano, dell'equilibrio finanziario; il raggiungimento dell'equilibrio finanziario, da intendersi quale obiettivo qualificante di natura strategica, non dovrà d'altronde essere considerato come vincolo assoluto per la definizione dei meccanismi incentivanti, i quali potranno più utilmente essere collegati a obiettivi specifici di risparmio e/o miglioramento assistenziale;
- emanare le linee guida per l'attivazione dei sistemi aziendali di controllo di gestione;

attivare percorsi di formazione orientati alla qualità, come strumento fondamentale per la costruzione della cultura aziendale, per il radicamento di valori condivisi e per lo sviluppo delle risorse umane. Il disegno organizzativo, le strategie aziendali, lo sviluppo strutturale e gestionale, lo sviluppo delle risorse umane devono trovare il loro anello di congiunzione nelle azioni formative. L'attenzione va rivolta prioritariamente all'esigenza di introdurre nel sistema di valori individuali e di gruppo un atteggiamento positivo verso il cambiamento assumendo il cambiamento stesso come "motivazione";

ridefinire un quadro di relazioni sindacali rivolto a valorizzare il ruolo del sindacato quale attore fondamentale del processo di riordino.

In particolare il confronto con le OO.SS., che verrà ad assumere rilievo e pregnanza particolari nella definizione delle politiche relative al personale, prosegue in via permanente sui seguenti punti:

- determinazione delle risorse finanziarie da destinare all'implementazione dei sistemi premianti ed individuazione dei criteri per la loro gestione;
- definizione delle modalità e dei tempi attraverso i quali deve essere operato il riequilibrio delle dotazioni organiche dei servizi;
- programmazione degli interventi e delle iniziative di formazione del personale, assunte, come più volte delineato, come fattore critico per il successo dei processi di trasformazione e di sviluppo del servizio sanitario regionale.

A tal fine si rende necessario valorizzare le forme di partecipazione e di consultazione previste dagli accordi di lavoro per le aree contrattuali. Tali momenti partecipativi dovranno diventare uno strumento essenziale per la definizione delle politiche concernenti la formazione del personale, per la incentivazione della produttività, per la funzione di osservatorio permanente finalizzato alla verifica delle azioni di riequilibrio delle dotazioni organiche dei servizi, nonché per altri temi individuati di volta in volta dalle Aziende sanitarie e dalle OO.SS.

**Personale in servizio nelle singole Aziende sanitarie regionali distinto per ruolo, per profilo professionale e per posizione funzionale al 31/12/1998**

	Az. USL 1	Az. USL 2	Az. USL 3	Az. USL 4	A. O. PG	A. O. TR	Umbria
<b>Ruolo sanitario</b>							
Totale medici	206	291	359	222	415	310	1.803
Totale farmacisti	5	7	8	6	9	6	41
Totale veterinari	18	47	27	26	0	0	118
Totale biologi-chimici-fisici	9	41	20	16	33	8	127
Totale psicologi	9	28	13	32	2	1	85
O.P. dirigente	2	10	8	4	8	5	37
Totale pers. inferm.	512	745	823	538	1.151	662	4.431
Totale pers. tecnico san.	64	154	148	119	186	88	759
Totale pers. vigilanza ispez.	21	19	7	22	0	0	69
Totale pers. riabilitazione	25	63	53	42	40	24	247
<b>Totale ruolo sanitario</b>	<b>871</b>	<b>1.405</b>	<b>1.466</b>	<b>1.027</b>	<b>1.844</b>	<b>1.104</b>	<b>7.717</b>
<b>Totale ruolo professionale</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>32</b>
<b>Totale ruolo tecnico</b>	<b>193</b>	<b>377</b>	<b>377</b>	<b>253</b>	<b>490</b>	<b>199</b>	<b>1.889</b>
<b>Totale ruolo amministrativo</b>	<b>94</b>	<b>273</b>	<b>197</b>	<b>227</b>	<b>274</b>	<b>86</b>	<b>1.151</b>
<b>Totale dipendenti</b>	<b>1.163</b>	<b>2.063</b>	<b>2.045</b>	<b>1.513</b>	<b>2.614</b>	<b>1.391</b>	<b>10.789*</b>

\* Di cui n. 661 incaricati

### 3.2 LA FORMAZIONE PROFESSIONALE

Nel sistema delle Aziende sanitarie la formazione professionale si colloca come essenziale fattore di sviluppo qualitativo dei servizi.

Essa deve svolgere funzioni di implementazione dell'efficacia dei servizi stessi, contrastando, nel frattempo, le patologie organizzative. E' pertanto leva strategica per il completamento del processo di aziendalizzazione e va attuata nel quadro di una coerente integrazione con le politiche di organizzazione del lavoro, con riferimento agli obiettivi della programmazione sanitaria regionale e nazionale e ricercando azioni concertuali nell'intero sistema aziendale.

Assume quindi particolare rilievo il ruolo programmatico, di indirizzo e di coordinamento che la Regione è in materia chiamata a svolgere e che deve sapere collegare ed armonizzare le azioni di tutto il sistema sanitario aziendale, universitario e privato.

La Regione deve anche assolvere ad un ruolo trainante nei processi di riordino, ciò implica anche una sua diretta azione formativa di contestuale e complessivo interesse di tutto il sistema aziendale.

Per queste ragioni la formazione professionale del settore sanitario acquisisce una rilevanza ed una caratteristica peculiare, sia per la complessità del sistema al quale è rivolta, sia per la caratteristica prevalentemente pubblica del sistema al cui interno si espleta, sia per il forte stimolo culturale alla ricerca, allo studio, alla innovazione e all'autovalutazione che al sistema stesso deve imprimere.

Con tali consapevolezze la Regione dell'Umbria fonda la pianificazione dei processi formativi del settore sanitario sui seguenti presupposti:

1. *l'apporto didattico scientifico dell'Università*

Oltre alle forme di collaborazione tra il Servizio Sanitario e l'Università, sancite dall'art. 6 del D.Lgs. 502/92 ed ulteriormente disciplinate dall'art. 7 della L.R. 20 gennaio 1998, n.3, concernente: "Ordinamento del sistema sanitario regionale", costituisce primario obiettivo della Regione ricercare il massimo apporto didattico-scientifico dell'Università degli Studi nelle azioni di formazione del personale sanitario nelle strutture del servizio.

Ciò non solo per la formazione nei diplomi universitari ed i corsi di formazione specialistica, come espressamente previsto dal richiamato art. 6 del D.Lgs. 502/92, ma anche nelle attività di aggiornamento scientifico, riqualificazione, formazione complementare degli operatori e di supporto formativo a progetti di modificazione organizzativa. I termini relativi ai rapporti di collaborazione saranno definiti da specifiche intese.

La Facoltà di Farmacia prepara professionisti il cui compito, oltre ad essere quello di soddisfare lo specifico bisogno sanitario della popolazione intervenga anche nella fondamentale opera di contenimento della spesa sanitaria regionale. Un ulteriore contributo fornito dalla Facoltà è quello che riguarda la Farmacoeconomia, che ha la finalità di produrre le basi razionali per decisioni cliniche alternative, tenendo conto di costi e conseguenze correlate ai trattamenti selezionati. In ultimo, la preparazione nel settore farmacologico che caratterizza il corso di laurea permette lo svolgimento dell'attività di Farmacovigilanza come previsto dal D.Lgs 44/97.

2. *Utilizzazione delle strutture sanitarie nei processi formativi*

Ogni processo di formazione, sia di base che finalizzato all'accrescimento dei livelli qualitativi professionali, scientifici ed organizzativi degli operatori deve svolgersi all'interno delle strutture del Servizio Sanitario, le quali da ciò trarranno costanti sollecitazioni al miglioramento. L'individuazione delle strutture, sedi di formazione, seguirà atti di accreditamento per obiettivi formativi che terranno conto della qualità organizzativa ed operativa richiesta dalle specifiche esigenze didattiche.

3. *Profili professionali sanitari del personale non laureato ed ordinamenti didattici*

La Regione manterrà costante la sua attiva partecipazione al lavoro di riordino dei profili sanitari e dei relativi ordinamenti che si sta compiendo a livello nazionale: ciò nell'intento di poter disporre in un ristretto arco di tempo di un quadro definito ed evoluto di figure professionali, sia rispondenti alle nuove esigenze riscontrate nel servizio, sia coerenti con il quadro europeo delle professioni. L'apporto della Regione dell'Umbria alla rielaborazione dei profili e degli ordinamenti didattici si avvarrà degli esiti della partecipazione che in argomento è attivata con le Aziende sanitarie e con la rappresentanza delle professioni.

4. *La rilevazione dei fabbisogni formativi*

In armonia con le cadenze e le procedure definite per le rilevazioni ministeriali, la Regione attiva la ricognizione delle esigenze formative del personale sanitario con analisi a validità triennale e verifiche annuali. Tali ricognizioni ed elaborazioni, nel richiedere un ulteriore affinamento del sistema di rilevazione dei dati organici del personale, coinvolgono:

A. le Aziende sanitarie;

B. gli Ordini e Collegi professionali;

C. l'Osservatorio sulle esigenze formative del personale medico e delle altre professionalità sanitarie;

D. tutti i servizi dell'Area operativa regionale;

La rilevazione è mirata ad elaborare specificamente i fabbisogni triennali di formazione concernenti:

a) i posti nelle scuole di specializzazione della Facoltà di Medicina;

b) i posti nei corsi di diploma universitario;

c) i posti nei corsi di formazione specifica in medicina generale;

d) programmi di formazione specialistica del personale della dirigenza sanitaria;

- e) i corsi relativi ai profili professionali non diplomati di interesse sanitario;
5. *L'articolazione delle competenze*
- La Regione:
- A. pianifica la formazione di base e specialistica triennale;
  - B. verifica annualmente i fabbisogni;
  - C. individua le azioni formative a sostegno degli obiettivi strategici del Piano sanitario;
  - D. progetta ed affida in gestione le iniziative formative di sua diretta competenza;
  - E. dispone i mandati formativi ed i relativi finanziamenti alle Aziende;
  - F. definisce i livelli di qualità e di valutazione dei risultati delle iniziative.
- Le Aziende definiscono annualmente i propri programmi di intervento formativo tenendo conto:
- a) dei programmi di sviluppo aziendale;
  - b) degli indirizzi regionali;
  - c) delle esigenze tecnico-scientifiche ed organizzative del servizio;
  - d) delle risorse disponibili.

### **3.2.1. La formazione manageriale**

La sensibilità sulla caratterizzazione aziendalistica del sistema sanitario e sul ruolo del management in sanità fa registrare una diffusione così ampia da non richiedere ulteriori sottolineature. In sanità (e nella pubblica amministrazione) prevalgono però concetti come la valutazione dei bisogni, o principi come l'equità o regole di decisione fondate sulle priorità. L'adeguamento del management in sanità richiede dunque l'elaborazione di politiche di sviluppo delle risorse umane coerenti con la missione e le finalità del sistema.

#### *La priorità strategica: investire nella formazione*

In uno scenario caratterizzato da forte dinamismo e crescente complessità è richiesto al management ed ai quadri aziendali, più ancora che di migliorare ed adeguare le capacità e le competenze tecnico specialistiche, di sviluppare comportamenti organizzativi funzionali al cambiamento, esaltando la propensione ad operare scelte e ad affrontare rischi ed elevando le capacità relazionali e di leadership attraverso lo sviluppo delle attitudini alla comunicazione, alla negoziazione e al lavoro di gruppo.

Il disegno organizzativo, le strategie aziendali, lo sviluppo strutturale e gestionale, lo sviluppo delle risorse umane devono trovare il loro anello di congiunzione nelle azioni formative.

Occorre pensare ai processi di adeguamento del management nella più ampia prospettiva dello sviluppo organizzativo intendendo con ciò riconoscere alle modalità con cui si intende realizzare l'innovazione importanza pari ai contenuti stessi dell'innovazione.

#### *Un'ulteriore opportunità: il D.P.R. 484/97*

Nel quadro fin qui delineato si inserisce, quale elemento di grande rilevanza e portata innovativa, il D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 484, che regola i requisiti ed i criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale del personale del ruolo sanitario del SSN stabilendo, tra l'altro, l'obbligatorietà del possesso di uno specifico attestato di formazione manageriale.

Tale attestato di formazione manageriale si consegue con la frequenza ed il superamento di appositi corsi riservati al personale dirigente delle aziende ed enti del Servizio Sanitario Nazionale.

Le Regioni, previo accordo con il Ministero della Sanità, organizzano ed attivano i corsi, avvalendosi delle Aziende sanitarie, dei policlinici universitari, degli istituti di ricovero e cura a

carattere scientifico, degli istituti zooprofilattici sperimentali nonché di altri soggetti pubblici e privati accreditati.

### ***Gli obiettivi***

1. Attivare ai diversi livelli della organizzazione aziendale un processo di riorientamento dei valori condivisi e delle pratiche gestionali, assumendo come priorità strategica della formazione lo sviluppo delle componenti manageriali di tutti gli attori del sistema organizzativo aziendale;
2. individuare, come target degli interventi formativi, sia l'alta direzione e le fasce dirigenziali di II livello, sia i quadri aziendali intermedi;
3. inserire il progetto formativo all'interno di una rete di interazioni e di sinergie con le esperienze più qualificate, anche di altri Paesi, dando vita ad un polo formativo di eccellenza e altamente specializzato in grado di assumere una valenza nazionale ed internazionale;
4. creare una struttura di riferimento per la raccolta sistematica e la diffusione delle esperienze e delle conoscenze inerenti le problematiche del management.

### **3.2.2. Le strategie del triennio**

1. Tendenziale riequilibrio tra le offerte di formazione di base e specialistica e le prospettive di inserimento professionale;
2. formazione manageriale orientata a tutti i livelli decisionali del servizio;
3. formazione delle équipes degli operatori per l'attivazione della rete regionale dell'emergenza;
4. formazione a contenuto tecnico-scientifico ed organizzativo rivolta a gruppi di lavoro interprofessionali per il potenziamento e la riorganizzazione della medicina del territorio;
5. formazione ed attivazione sperimentale di équipes per l'assistenza domiciliare ai malati terminali;
6. incentivazione alle aziende di programmi di formazione finalizzata alla attivazione del lavoro per progetti, alla documentazione ed all'inserimento nella prassi operativa di sistemi di valutazione e di umanizzazione.

### **3.2.3. Le azioni**

1. Consequenzialità tra gli esiti delle rilevazioni dei fabbisogni, come sopra descritte, e la pianificazione formativa.
2. Istituzione di una Scuola accreditata per la formazione manageriale del personale laureato del ruolo sanitario. A seguito dell'emanazione del Regolamento (D.P.R. 10.12.1997 N.484) concernente i requisiti di accesso al II livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del SSN, l'Umbria si candida a diventare sede di una scuola regionale accreditata di formazione manageriale del personale medico e del personale laureato non medico, avvalendosi del coinvolgimento dell'Università e delle organizzazioni professionali e di società scientifiche. La Scuola, come emanazione operativa delle istituzioni ed organizzazioni sopra indicate, sarà in grado di garantirsi ampie aliquote di autofinanziamento derivante dalle quote di iscrizione ed in parte sarà sostenuta dal finanziamento regionale che si ritiene debba ancorarsi per il prossimo triennio ad un'aliquota fissa del F.S.R., pari allo 0,03% annuo.
3. Iniziative di formazione manageriale di altro personale assegnato a compiti di responsabilità decisionale nella organizzazione sanitaria. Tale formazione è rivolta al personale già in servizio nella organizzazione sanitaria della Regione e rientra nelle attività di formazione permanente. Si

caratterizza per contenuti didattici mirati all'accrescimento di capacità di organizzazione operativa, gestione delle risorse umane, gestione per budget, rilevazioni e valutazioni economiche e di qualità. In tale direzione saranno emanati specifici indirizzi alle Aziende e progetti di massima.

4. Formazione per medici di medicina generale e gruppi di lavoro interprofessionali mirati alla qualificazione dei servizi territoriali.
5. La Regione sosterrà con mirati progetti formativi e finanziamenti vincolati la progettazione e la sperimentazione di modelli riorganizzativi orientati ad affermare la centralità nel sistema sanitario della medicina generale e del territorio. Anche in questo caso è necessario ancorare l'intervento ad un budget finanziario determinato nella misura dell'0,03% del F.S.R..
6. Formazione delle équipes multidisciplinari per la rete operativa dei servizi di emergenza.
7. Nell'arco del triennio si dovrà completare la formazione sui necessari contenuti organizzativi e tecnologici del personale destinato ai servizi di emergenza sanitaria. Le iniziative seguiranno le indicazioni, i programmi ed i progetti di massima allo scopo predisposti a livello regionale. La gestione sarà prevalentemente affidata alle Aziende sanitarie.

### **3.3. INTERVENTI SULLA ORGANIZZAZIONE REGIONALE**

Il D.Lgs 502/92 ha cambiato in maniera radicale il sistema di regole su cui si basa il finanziamento e l'organizzazione del SSN, introducendo l'aziendalizzazione di USL ed ospedali ed affidando all'amministrazione centrale e regionale funzioni di autorità amministrative di regolazione del mercato sanitario, che si aggiungono a quelle proprie della programmazione.

Si tratta di un modello complesso, il cui funzionamento richiede la disponibilità di un sistema di informazioni caratterizzato da maggiore completezza, qualità e tempestività.

Il trasferimento del finanziamento alle Regioni sulla base della quota capitolaria, i criteri di determinazione della stessa, unitamente al finanziamento delle strutture sanitarie secondo i volumi e la tipologia delle prestazioni erogate, accentuano l'esigenza di disporre di sistemi informativi che oltre a rispondere alle più complesse esigenze gestionali, assicurino le funzioni di valutazione e controllo necessarie a livello aziendale, regionale e centrale del SSN.

Più in generale, va ripensato il riposizionamento strategico dell'Assessorato nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale, e conseguentemente la sua articolazione organizzativa. Il ruolo istituzionale della Regione di garante nei confronti della comunità dei livelli quantitativi e qualitativi di assistenza sanitaria, unitamente alla responsabilità di assicurare le risorse occorrenti per il funzionamento del sistema, deve tradursi in soluzioni organizzative coerenti. Inoltre, le ridotte dimensioni della nostra Regione sconsigliano l'adozione di modelli di esternalizzazione di funzioni (quali la costituzione di una Agenzia Regionale), fermo restando che va previsto all'interno dell'Assessorato il necessario spazio per un adeguato sviluppo delle funzioni innovative. Il modello organizzativo va dunque disegnato secondo un approccio a matrice che veda interagire tra loro le seguenti unità organizzative:

1. strutture permanenti di "line", corrispondenti ai macrolivelli di assistenza (quali la prevenzione, l'ospedale, il distretto);
2. strutture permanenti a valenza orizzontale, di staff, a supporto dell'attività di governo e controllo (rientrano in questa categoria funzioni quali il governo delle risorse, l'accreditamento, la valutazione di qualità e l'Osservatorio Epidemiologico - Sistema Informativo);
3. strutture temporanee dedicate allo sviluppo di progetti e conseguente messa a regime di funzioni innovative che dovrebbero poi riconfluire in capo alle strutture permanenti.



### **3.3.1. Il Sistema Informativo**

Il Sistema Informativo Sanitario (S.I.S.), sulla base delle nuove caratteristiche organizzative e gestionali del sistema sanitario, é chiamato non solo ad assolvere ai debiti informativi "storici" (statistiche sanitarie correnti, statistiche di attività dei servizi, ecc.), ma anche a creare nuovi flussi informativi su nuovi compiti introdotti con le leggi di riordino (monitoraggio livelli assistenziali, contabilità direzionale, gestione budgetaria, valutazione di qualità dei servizi, ecc.). Si rende necessario quindi strutturare un S.I.S. pertinente, accurato, sensibile e sufficientemente agile da adattarsi a nuove esigenze programmatiche, utilizzando progressivamente i nuovi strumenti informatici e telematici che la moderna tecnologia mette a disposizione. Il S.I.S. deve rappresentare lo strumento dell'intera organizzazione sanitaria, attraverso il quale le informazioni circuitano tra centro e periferia per fornire ai decisori di qualsiasi livello (distretto, azienda, Regione) elementi utili al governo e alla gestione della sanità.

#### ***I problemi***

1. La situazione attuale del S.I.S., sia a livello regionale che di USL, è caratterizzata da gradi molto differenziati di organizzazione di singoli moduli, ciascuno orientati ad un'utilizzazione interna al singolo sottosistema e di conseguenza non sempre in grado di offrire risposte adeguate alle esigenze gestionali, né di fornire una base di conoscenze utili alla valutazione dell'attività dei servizi e dello stato di salute.
2. Le statistiche sanitarie correnti storiche (es. mortalità, aborti, dimesso dagli istituti di cura ecc.), ancorché presenti e complete, mostrano un non compiuto livello di controllo della loro qualità, di elaborazione e di analisi nonché una carenza di feedback con i produttori dei dati stessi. Quest'ultimo fatto comporta, da una parte, una deresponsabilizzazione dei produttori (rispetto alla qualità delle informazioni raccolte) e, dall'altra, uno scarso e, spesso, non adeguato utilizzo delle informazioni da parte dei decisori ai livelli più alti del sistema.
3. Il D.L.gs 502/92 intervenendo contestualmente sulla efficienza, economicità e qualità dei servizi sanitari, ha introdotto alcuni strumenti (sistema delle tariffe, sistema di indicatori, ecc.) ed impone una serie di obblighi formali (contabilità per centri di costo, controllo di gestione, sviluppo di un "sistema di qualità") destinati ad incidere significativamente sulle modalità di realizzazione di un S.I.S. integrato.
4. L'introduzione del regime concorrenziale comporta come effetto spontaneo una maggiore spinta delle strutture erogatrici di servizi a raccogliere gli elementi conoscitivi, consentendo ai potenziali acquirenti di formulare i loro programmi di acquisto e ai cittadini di esercitare con cognizione di causa il diritto di scelta.

#### ***Il modello funzionale***

Il modello funzionale prevede la necessità di organizzare il S.I.S. secondo un modello distribuito, con un'architettura informatica basata su una rete di sistemi dedicati. Tale modello oltre a fornire soluzioni tecniche più adeguate e flessibili, valorizza ogni nodo del sistema come un "polo intelligente" al quale vengono affidate funzioni di verifica e valutazione dei risultati.

#### ***Gli obiettivi specifici***

1. Qualificazione e razionalizzazione delle statistiche sanitarie correnti storiche e degli archivi di base (basi anagrafiche) (entro il 1999);
2. standardizzazione delle tecniche e delle procedure informative relative a statistiche sanitarie correnti nuove (contabilità direzionale, gestione budgetaria) (entro il 1999);
3. uso di standard per quanto attiene la struttura degli archivi dei dati e dei codici e la definizione delle funzioni base per l'accesso e la comunicazione dei dati, tenendo in considerazione quanto già esistente a livello nazionale;

4. costituzione dell'anagrafe assistibili integrata regionale interconnessa in rete telematica con la carta sanitaria individuale;
5. costituzione di un archivio dati inerente la Medicina Generale al fine di consentire il monitoraggio delle prestazioni specialistiche, ricoveri ospedalieri e delle prescrizioni farmaceutiche, che insieme ai dati relativi ad altri settori permettono un reale governo della spesa;
6. costituzione di un sistema di indicatori entro il 1999; in particolare si procederà a: 1) implementare il sistema di *indicatori di efficienza e attività* previsti dal DM 27/7/95 per assolvere al debito informativo verso il livello statale; 2) implementare il sistema di *indicatori di qualità* dell'assistenza sanitaria previsti dal DM 15/10/96 prevedendo la corresponsabilizzazione dei cittadini e delle loro associazioni; 3) costruire e sperimentare un sistema di *indicatori di processo e di esito sanitario* coinvolgendo i rappresentanti dei diversi settori disciplinari. Nell'ambito delle Azioni e dei Progetti previsti a completamento del Piano, verrà redatta una lista di indicatori in grado di valutare l'attivazione di processi ed il perseguimento degli obiettivi del Piano stesso.

#### *Il sistema informativo gestionale: priorità*

Per quanto attiene il sistema informativo gestionale, va assegnata particolare importanza alla razionalizzazione delle procedure di accesso degli utenti ai servizi, inclusa l'informazione sugli orari, le modalità di prenotazione ecc., nonché alle principali procedure amministrative e a quelle che sovrintendono i processi produttivi, a cominciare da quelli caratterizzati da volumi significativi di attività.

#### *Il sistema informativo direzionale: priorità*

Il modulo direzionale è costituito da un data-base relazionale che si alimenta di flussi di dati provenienti dalla gestione e li organizza integrandoli con altri archivi e tabelle (popolazione, sistemi di classificazione ecc.), dando vita ad un sistema su cui si basano le attività di monitoraggio, valutazione e previsione.

I sistemi informativi "gestionale" e "direzionale" devono essere caratterizzati da un elevato grado di integrazione anche se concretamente sono affidati a soluzioni hardware e software dedicate in grado di rispondere alle esigenze specifiche di ognuno dei due comparti.

#### *Il Piano di sicurezza*

Il problema della sicurezza del sistema assume grande rilievo sia per i nuovi vincoli che introduce la L. 675 del 31.12.96, sia per la maggiore criticità che notoriamente caratterizza l'interconnessione in rete. Per tali aspetti risulta in primo luogo fondamentale definire gli standard che devono essere garantiti a livello dei sistemi locali e della rete nel suo complesso, nonché i criteri per classificare le diverse tipologie di autorizzazione all'accesso (amministrazioni, istituzioni scientifiche, associazioni professionali, cittadini e/o loro organizzazioni, ecc.). In tale contesto emerge la necessità di predisporre un Piano di sicurezza che deve garantire al patrimonio informativo:

1. confidenzialità;
2. disponibilità;
3. integrità;

attraverso un insieme di misure volte a prevenire:

- ogni possibile azione che possa comportare la distruzione totale o parziale dei sistemi, degli archivi e/o del software;
- l'esecuzione di comandi inappropriati da parte di personale autorizzato che possono causare la distruzione o l'alterazione dei dati;
- la lettura dei dati e/o la diffusione delle informazioni da parte di soggetti non autorizzati.

Il Piano, oltre ad affrontare gli aspetti direttamente legati alla sicurezza dei sistemi informatici, inclusa la rete, dovrà indicare le misure relative alla sicurezza fisica degli impianti, nonché quelle concernenti l'organizzazione.

### **3.3.2. L'Osservatorio dei prezzi e le modalità di acquisizione di beni, servizi e tecnologie**

La ricerca di informazioni in materia di costi sostenuti dalle Aziende sanitarie per l'acquisizione di beni, servizi e tecnologie biomedicali è fortemente sentita sia in campo nazionale che regionale, soprattutto dalle Aziende sanitarie, data la sua funzione di strumento informativo utile ai fini del governo della spesa sanitaria a integrazione degli strumenti gestionali quali il bilancio, la contabilità analitica ed il budget.

A livello aziendale le informazioni disponibili da un Osservatorio dei Prezzi e delle Tecnologie (OPT) attivato sono fondamentali per ottenere un progressivo miglioramento delle procedure e condizioni di acquisto e a livello regionale per analizzare, programmare e controllare la spesa che rappresenta, nella nostra Regione, una consistente voce pari a circa il 17-18% del totale dei bilanci delle Aziende sanitarie.

In Umbria vengono acquistati beni e servizi per circa 350 miliardi.

La necessità di un Osservatorio regionale, collegato con Osservatori di altre regioni, del Ministero della Sanità e ad altre banche dati esterne al sistema sanitario, che rilevi i prezzi degli acquisti dei beni, servizi e tecnologie biomediche in forma compiuta è ormai improcrastinabile.

La prima legge che prevedeva l'istituzione in campo nazionale di un OPT, quale articolazione del S.I.S., è del 1989 (art. 25, comma 5, del D.L. 28.12.89 n. 415 convertito nella L. 28.2.90 n. 38) ed è rimasta inattuata malgrado che l'opportunità della sua attivazione sia stata costantemente ribadita nei documenti ufficiali e in altre leggi finanziarie.

Fondamentale impulso per l'attivazione degli Osservatori è stato dato dal decreto 502/92 che ha portato all'aziendalizzazione delle USL e all'obbligo della contabilità generale.

Il Dipartimento per la programmazione nazionale del Ministero della Sanità, avvalendosi di quanto stabilito dall'art. 1, comma 30, della legge 23.12.96 n. 662, ha previsto l'istituzione di un Osservatorio Centrale degli Acquisti e dei Prezzi (OCAP) stralciando, momentaneamente, la parte relativa agli acquisti di tecnologie.

La Regione dell'Umbria ha istituito l'Osservatorio dei prezzi e delle tecnologie con delibera della G.R. n. 5784/96 prevedendo tre aree di lavoro:

1. Area beni e servizi;
2. Area delle tecnologie;
3. Area principi attivi (farmaci ed emoderivati).

#### ***I problemi***

Manca a livello regionale una classificazione ed una codificazione dei beni e servizi con un sistema multilivello, che permetta di conoscere per ogni prodotto tutti i principali modelli e le diverse ditte produttrici e che consenta l'inserimento dei dati attraverso il raggruppamento dei prodotti, con una classificazione che identifichi a cascata la famiglia, la categoria, il gruppo, il sottogruppo, ed infine il prodotto acquistato.

Manca un sistema di flussi informativi in grado di alimentare una base solida di conoscenze articolate confrontabili in campo nazionale.

#### ***Le azioni***

##### ***1. Le azioni dell'Area Operativa Servizi socio-sanitari:***

- A. definizione di una prima classificazione di beni e servizi acquistati in Umbria;
- B. rilevazione dei costi sostenuti per circa seicento prodotti;

- C. rilevazione di costi sostenuti per “settori completi” (filtri per emodialisi, stimolatori cardiaci, protesi articolari ortopediche);
- D. individuazione di modalità di collaborazione tra Area Operativa Servizi socio-sanitari e Aziende sanitarie della Regione per la realizzazione particolari programmi, studi e/o ricerche connessi all’Osservatorio dei prezzi;
- E. creazione di una: “Struttura integrata per appalti pubblici di rilievo comunitario finalizzata alla razionalizzazione delle metodologie e dei costi di approvvigionamento di beni e servizi da parte delle Aziende sanitarie della Regione dell’Umbria”. Data la limitata valenza territoriale e di popolazione del Servizio Sanitario Regionale si avverte la necessità di proporre la costituzione di una struttura operativa integrata che risponda più efficacemente alle problematiche connesse all’acquisizione dei beni e servizi da parte delle Aziende sanitarie stesse. Il principale obiettivo del progetto è quello di addivenire ad una soluzione del problema delle procedure di appalto pubblico, mediante una innovazione di tipo procedimentale. In altri termini si intendono semplificare le procedure di acquisto espletate da ciascuna Azienda singolarmente considerata, lasciando alle stesse il riconoscimento dei bisogni da soddisfare, mediante l’acquisizione di beni e servizi, incentrando su una struttura comune alle Aziende sanitarie tutto il carico delle procedure di appalto;
- F. Individuazione di criteri per realizzare i risparmi a livello regionale per l’acquisto di beni e servizi previsti dalle leggi finanziarie.

## *2. Le azioni coordinate Area Operativa Servizi socio-sanitari e Aziende sanitarie*

Dovrà essere definito nel corso dell’anno 1999 un piano di lavoro che permetta di procedere agli acquisti di beni e servizi, individuando con chiarezza proposte operative che evidenzino le azioni da intraprendere per giungere ai seguenti risultati:

- A. definizione del ruolo del provveditorato, quale interfaccia tra fornitori e servizi della sua Azienda sanitaria con individuazione delle professionalità ritenute essenziali per l’esercizio dell’attività, ciò al fine di garantire l’indipendenza della struttura nell’ambito dei rapporti interdisciplinari rispetto ai compiti previsti;
- B. metodologie per la predisposizione dei capitolati speciali con particolare riferimento agli appalti dei servizi quali: lavanolo, pulizie, ristorazione, calore, manutenzioni, oltre a polizze assicurative e contratti telefonici. Più in particolare è prevista la costituzione di una società mista tra le Aziende sanitarie regionali e partner privati per la gestione dei servizi di pulizia, lavanolo, sterilizzazione e delle attività correlate. Per quanto riguarda i contratti in uso per polizze assicurative e telefoniche verrà studiata una formula cumulativa che porti a risparmi consistenti;
- C. standardizzazione e semplificazione delle procedure di gara, con modulistica concordata in campo regionale;
- D. attenta verifica dei risultati conseguiti con le gare accentrate (L.R. 1/95, L.R. 3/98).

### **3.3.3. Le azioni da intraprendere per l’area delle tecnologie**

La diffusione sempre maggiore nelle Aziende sanitarie di apparecchiature e di dispositivi per la diagnosi, la terapia e la riabilitazione e l’alto costo per essi sostenuto, unito alla notevole obsolescenza dei prodotti, rende opportuna l’adozione di efficaci strumenti per pervenire, in campo regionale, ad una loro completa inventariazione. Il monitoraggio del patrimonio tecnologico esistente risulta indispensabile per la formulazione di linee guida da utilizzare per una

razionalizzazione di ulteriori investimenti, anche in funzione del bacino di utenza e degli oneri necessari per la gestione.

### ***Le azioni***

1. Completamento e perfezionamento dell'inventario regionale delle tecnologie biomedicali esistenti nella Regione;
2. attivazione di un centro di riferimento regionale composto da personale delle Aziende sanitarie della Regione, con competenze multidisciplinari, integrato eventualmente da esperti, per monitorare, programmare e coordinare gli investimenti ad elevato contenuto tecnologico, in ragione del fabbisogno accertato nel bacino regionale di utenza, da parte delle Aziende sanitarie e per definire linee guida alle stesse per:
  - A. definire le tecnologie e strumentazioni di valenza interaziendale e regionale;
  - B. predisporre capitoli speciali per l'acquisizione e la manutenzione di tecnologie biomediche da parte delle aziende;
  - C. individuare nuove metodologie per razionalizzare le manutenzioni delle attrezzature elettrobiomedicali e far sì che i costi sostenuti siano sui livelli previsti dalla letteratura del settore e non superino, in ammontare, il 4-4,5% del valore a nuovo delle attrezzature elettrobiomedicali cui si riferiscono.
3. realizzazione di un programma di informatizzazione e digitalizzazione delle unità operative di radiologia delle Aziende sanitarie dell'Umbria, che permetterà la standardizzazione di immagini, dati e procedure, l'ottimizzazione nella programmazione, organizzazione e gestione del lavoro e l'integrazione fra radiologia, intero ospedale e complesso dei servizi sanitari regionali.
4. Va valutata la possibilità di indire una gara ad evidenza pubblica che permetta di appaltare ad un solo fornitore tutto l'approvvigionamento di prodotti alimentari per tutte le necessità delle Aziende sanitarie.

### **3.3.4. L'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OERU)**

“La Giunta Regionale acquisisce le informazioni epidemiologiche necessarie al processo di programmazione, indirizzo, valutazione e verifica dell'efficacia degli interventi, mediante una propria struttura organizzata in Osservatorio Epidemiologico” (L. R. 3/98). Tale impostazione caratterizza l'OERU con un profilo originale che lo vede incardinato profondamente nell'Assessorato alla Sanità.

L'OERU si configura, infatti, come struttura tecnico-scientifica che supporta la programmazione sanitaria regionale, tanto nell'individuazione dei bisogni sanitari della popolazione, base di avvio imprescindibile per la predisposizione del Piano Sanitario Regionale, quanto nella focalizzazione di aree critiche di intervento, per migliorare le modalità di produzione dei servizi nel rispetto dell'economicità degli stessi, per la razionalizzazione delle risorse in un contesto di gestione aziendale.

In questa cornice le proficue collaborazioni attivate con la facoltà di Medicina sui distinti versanti del Registro Tumori Umbro di Popolazione e della sorveglianza delle infezioni ospedaliere esemplificano la tipologia di collaborazioni che l'OERU promuoverà, con istituzioni umbre e non, per fornire al SSR i supporti necessari in termine di osservazione epidemiologica.

L'OERU si apre con ciò a tutto quel capitolo dell'epidemiologia valutativa la quale, studiando l'associazione tra erogazione dei servizi e livelli di salute raggiunti, valuta l'efficacia delle procedure e degli interventi sanitari, fornendo possibilità di collegamento tra i risultati ottenuti e l'assorbimento delle rispettive risorse nonché l'attività dei servizi con particolare riferimento agli aspetti organizzativi ed ai controlli gestionali.

In sintesi le basi conoscitive indispensabili per la programmazione sanitaria ed in generale per la formulazione dei Piani Sanitari, derivano dai seguenti filoni di attività dell'OERU:

1. epidemiologia descrittiva che studia la distribuzione nel tempo e nello spazio dei problemi sanitari;
2. epidemiologia eziologica, che identifica le cause ed i fattori di rischio dei su indicati problemi sanitari, ampliando quindi l'oggetto di tale analisi anche alle patologie dei servizi;
3. epidemiologia valutativa, che circoscrive un'area di ricerca, riguardante la valutazione di qualità dei servizi e degli interventi sanitari, all'interno della quale sono ricomprese le analisi combinate epidemiologico-economiche.

La funzione epidemiologica e quella informativa per i numerosi punti di contatto appaiono quanto mai complementari. Esse non possono essere funzioni disgiunte ma devono trovare momenti di sintesi non solo funzionali ma anche operativi ed organizzativi e procedere di concerto in un contesto di stretta integrazione su obiettivi, programmi, metodi e professionalità.

A distinguere le due funzioni sono le seguenti strategie di attuazione:

- A. il Sistema Informativo Sanitario (SIS), ambito di ingegnerizzazione delle funzioni informative, rappresenta un insieme di funzioni con lo scopo di organizzare il reperimento di informazioni e la loro circolazione in reti informatiche;
- B. l'OERU rappresenta lo strumento per individuare tempestivamente le trasformazioni critiche nell'andamento dei fenomeni della salute e nel funzionamento dei servizi.

E' appena il caso di sottolineare che le ricadute informative dell'attività di tale struttura devono andare a beneficio di tutto l'Assessorato, posto che è del tutto da evitare la formazione di un circuito chiuso nella circolazione e disponibilità di dati e di informazioni.

### **3.3.5. L'Agenzia SEDES**

La Regione dell'Umbria, con propria legge n.33 del 9/8/1995 ha istituito l'Agenzia SEDES per la promozione e l'educazione alla salute, la documentazione, l'informazione e la promozione culturale in ambito socio-sanitario, individuando in essa la struttura in grado di poter garantire le funzioni e i conseguenti compiti di coordinamento, implementazione e valutazione di tali attività al livello regionale e di supporto e consulenza degli operatori delle Aziende USL, delle Aziende ospedaliere, del mondo della scuola, e di tutte le realtà sociali attive intorno alle problematiche attinenti la salute delle persone.

Per la realizzazione dei suddetti compiti il SEDES si avvale delle strutture a sua disposizione quali la biblioteca, l'emeroteca, la videoteca e la banca dati automatizzata, anche in collaborazione con Istituti Nazionali, Centri e Dipartimenti universitari e/o con altri Enti a carattere scientifico, pubblici o privati.

### **3.3.6. La qualità dell'assistenza**

La qualità dell'assistenza sanitaria, fermi restando quelli che sono considerati gli assi portanti della qualità di qualsiasi organizzazione (fondamento etico, metodologia scientifica, razionalità gestionale, valorizzazione delle risorse umane), rappresenta la dimensione capace di recepire e trasformare in strategie di sviluppo le esigenze di innovazione in campo sanitario provenienti da operatori sanitari, utenti ecc.

Essa può essere scomposta in:

- qualità oggettiva, riferibile alla appropriatezza tecnico-scientifica ed alla appropriatezza di sistemi operativi gestionali, che rappresentano le basi per conseguire l'efficacia nella pratica operativa dei servizi;
- qualità percepita dall'utente.

### ***Gli obiettivi***

#### 1. Livello regionale:

- fornire, entro il 1999, il manuale sui requisiti organizzativi, strutturali, tecnologici generali e specifici per l'accreditamento delle strutture pubbliche e private;
- costruire indicatori di base uniformi per la valutazione ed il miglioramento della qualità;
- valutare l'attività della Direzione aziendale attraverso indicatori espliciti, non solo riferiti alla capacità di gestione economica delle aziende, ma anche alla capacità di perseguire un percorso verso un reale guadagno di salute della popolazione e quindi della assistenza sanitaria ad essa fornita in termini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

#### 3. Livello aziendale:

- predisposizione di un piano triennale per il miglioramento continuo della qualità dove vengano specificati: gli obiettivi, le strategie, l'impegno della dirigenza e la destinazione di risorse per la sua realizzazione;
- utilizzazione di indicatori omogenei su scala regionale per la verifica delle attività svolte.

### ***Le linee di azione***

1. La Direzione aziendale per consentire la promozione ed il supporto ad attività valutative costituisce nuclei di Ricerca e Sviluppo con funzione di formazione e consulenza interna. Ai nuclei Ricerca e Sviluppo devono essere affidate risorse adeguate ai progetti presentati. Direzione strategica e direzione delle Unità Operative, assieme a tutti i professionisti coinvolti, hanno responsabilità diretta per la qualità del loro lavoro. Il nucleo Ricerca e Sviluppo non ha responsabilità diretta per la qualità del lavoro delle Unità Operative cliniche, cui fa consulenza e formazione, ma ha la responsabilità della qualità del proprio lavoro di promozione, consulenza e sviluppo della qualità per la quale risponde alla direzione strategica, configurandosi struttura di servizio.
2. La programmazione strategica deve far sì che annualmente ogni struttura organizzativa e professionale partecipi o effettui al proprio interno almeno un progetto di valutazione e verifica di qualità, e promuova attività di Audit clinico, come strumento per la revisione sistematica e continuativa dell'assistenza prestata e dei risultati raggiunti dagli operatori.
3. Il Piano annuale di formazione e aggiornamento del personale deve comprendere iniziative di formazione orientate al miglioramento della qualità del servizio e delle prestazioni.

### **3.3.7. La Carta dei Servizi e l'Ufficio Relazioni con il Pubblico**

La Carta dei Servizi è stata istituita a seguito della direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del gennaio 1994 "Principi per l'erogazione dei servizi pubblici". La direttiva prevede per chi gestisce i servizi il dovere della valutazione della qualità degli stessi ed individua lo strumento per poter fare ciò nella relazione annuale indicante il grado di raggiungimento degli obiettivi.

Entro il 1999 dovrà essere attivata, in tutte le Aziende sanitarie, la Carta dei Servizi per conseguire:

1. il miglioramento del livello di qualità delle prestazioni dal punto di vista dell'utente;
2. l'ampliamento ed il miglioramento delle modalità di comunicazione con gli utenti;
3. l'attivazione effettiva di modalità di ascolto, partecipazione e tutela dei cittadini, anche mediante l'organizzazione di uffici per le relazioni con il pubblico.

La Regione, nel quadro delle azioni previste al punto 5.1.7, opererà un monitoraggio delle informazioni provenienti dagli Uffici Relazione con il Pubblico delle singole aziende rilevando anche le opinioni e la qualità percepita dall'utente sugli stessi Uffici, e valutando il contributo di questi al miglioramento della qualità dei servizi erogati dalle aziende.

### **3.3.8. L'accreditamento**

Il D.L.gs 502/92 ha profondamente innovato il sistema di erogazione delle prestazioni prevedendo che possano operare all'interno del Servizio Sanitario Nazionale una pluralità di soggetti erogatori sia pubblici che privati tra i quali i cittadini hanno piena libertà di scelta e con i quali le Aziende USL intrattengono appositi rapporti fondati:

1. sul criterio di accreditamento delle istituzioni;
2. sulle modalità di pagamento a prestazioni;
3. sull'adozione di un sistema di verifica e revisione della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate.

Il DPR 14.01.97, contenente l'Atto di Indirizzo e Coordinamento per l'autorizzazione alla erogazione delle attività sanitarie, è la base per la definizione dei requisiti ulteriori per l'accreditamento. Quest'ultimo costituisce lo strumento di preselezione per i soggetti che intendono erogare prestazioni per conto o all'interno del SSN e sancisce, da un lato, una piena equiparazione tra erogatori pubblici e privati e, dall'altro, riconduce tutto il sistema dell'offerta di prestazioni sanitarie ad una logica di programmazione unitaria.

Essere autorizzati e successivamente accreditati non significa, comunque, automaticamente divenire effettivi erogatori di prestazioni e attività sanitarie per conto del Servizio Sanitario Nazionale; tale condizione viene stabilita con appositi accordi negoziali nei quali vengono precisate quote di mercato secondo le scelte e le possibilità della programmazione regionale.

#### ***I problemi***

1. Manca in Umbria, a livello di Aziende sanitarie, un sistema omogeneo che permetta di valutare e garantire la qualità dell'assistenza erogata.
2. La Regione non ha ancora determinato gli standard di qualità che debbono rappresentare i requisiti ulteriori per l'accreditamento.

#### ***Gli obiettivi***

1. Implementare, entro un anno, il sistema qualità in tutte le Aziende sanitarie al fine di giungere in maniera omogenea all'accreditamento.
2. Sperimentare il "manuale" di accreditamento, prodotto entro tre mesi dal gruppo regionale tecnico, in un'azienda ove già risulti impiantato il "Sistema Qualità" per poi applicarlo (ovviamente modificato laddove occorre) alle altre aziende.
3. Programmare la formulazione di una griglia di valutazione al fine di rilevare il grado di implementazione del "sistema qualità" per tutte le Aziende sanitarie.
4. Formare gli operatori che dovranno facilitare l'applicazione di tale manuale.

#### ***Processo di applicazione***

1. Sulla base dei requisiti di accreditamento previsti nel manuale, i soggetti pubblici e privati (già autorizzati) sono tenuti nell'arco di tre mesi dalla approvazione del manuale a presentare domanda alla Giunta Regionale precisando il tipo di attività che intendono erogare (specialità, regime, ecc.) ed autocertificando il grado di aderenza a tali requisiti. Per le eventuali non conformità rilevate, i soggetti richiedenti dovranno presentare un programma di adeguamento (risorse tempi e modi).



2. Mediante una griglia di valutazione omogenea, verrà valutata la documentazione prodotta, prevedendo, laddove lo si ritiene opportuno, una visita ispettiva che verificherà la corrispondenza ai requisiti minimi richiesti.
3. La Regione produrrà un primo elenco di fornitori accreditati entro il quale le Aziende sanitarie e la Regione potranno trovare gli spazi (volumi di attività, tipologie interventi, tetti di spesa) della contrattazione.
4. La Regione aggiornerà periodicamente il sopracitato elenco, per le diverse tipologie di prestazioni.

### ***Il ruolo degli attori***

1. Spetta all'Assessorato il ruolo di:
  - A. promotore dell'impianto "sistema qualità" anche prevedendo incentivi in tal senso;
  - B. interlocutore informato (gruppo tecnico) circa i tempi e modi di applicazione del manuale (compresa la sperimentazione) destinando anche una quota vincolata di risorse del fondo sanitario regionale per l'adeguamento di strutture strumentali tecnologiche ed organizzative;
  - C. garante del confronto con le Università, gli Ordini professionali, le Società scientifiche, la Società italiana di Valutazione e Revisione di Qualità (VRQ) e l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali;
  - D. valutare tramite griglie l'impatto raggiunto dall'applicazione dei vari processi sopra elencati segnalando tempestivamente al gruppo tecnico regionale per l'accreditamento le situazioni di difficoltà e le possibili soluzioni (raccogliendo i suggerimenti provenienti dagli stessi operatori del SSR);
  - E. raccogliere e pubblicizzare gli schemi di relazioni finali che ogni Azienda sanitaria (pubblica e/o privata) dovrà compilare alla fine di ogni anno.
2. Spetta all'Università il ruolo di:
  - A. supportare tramite adeguati modelli formativi, rivolti alle varie figure professionali del mondo sanitario, la formazione di base e corsi di aggiornamento professionali orientati al Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ);
  - B. fornire alla Regione supporti scientifici atti a definire i vari passaggi del processo "Accreditamento";
4. Spetta agli Ordini professionali il ruolo di:
  - A. diffondere il più ampiamente possibile dei metodi di MCQ e dell'accreditamento volto all'eccellenza;
  - B. collaborare con la Regione formulando osservazioni per la messa a regime del "sistema qualità" e dell'accreditamento.

### **3.3.8. bis Autorizzazioni – Ambiti territoriali**

Gli ambiti territoriali di cui all'art. 8 ter, comma 5, lett. b) del D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229, sono identificati con quelli delle Aziende USL, individuati nell'allegato alla legge regionale 20 gennaio 1998, n. 3.

### **3.3.9. La funzione di controllo**

Nel testo del Collegato alla Finanziaria 1998, si rafforzano le indicazioni sulla costituzione dei servizi di controllo già previste nel D.Lgs.502/92, nel P.S.N. 94-96, nel D.M. 1504/94, nelle Linee

guida 1/95, e nella Legge 67/95. Dall'analisi dei suddetti atti emerge un'articolazione del sistema dei controlli in controllo interno e controllo esterno; il primo deve essere attuato solo dalle strutture erogatrici di prestazioni a garanzia della capacità delle stesse di controllare la qualità, l'appropriatezza, l'efficacia ed il costo delle prestazioni erogate, mentre il secondo deve essere realizzato dalla Regione e dalle Aziende USL in quanto soggetti che hanno la responsabilità della committenza e quindi tenuti ad effettuare il riscontro del livello qualitativo dei servizi acquisiti e la congruità delle tariffe applicate, ove operanti in base a quanto disposto dal Piano in merito ai meccanismi di finanziamento delle Aziende sanitarie regionali.

E' comunque ovvio, in questa cornice, che le responsabilità della Regione sono più ampie in quanto oltre alle funzioni di controllo esercitate direttamente sulle strutture erogatrici, prevedono la titolarità della definizione del sistema di regole che garantiscono il funzionamento complessivo del sistema.

### ***Gli obiettivi***

Attivare, entro il 1999, in tutte le strutture erogatrici, specifici nuclei per la funzione di controllo interno a garanzia della qualità dei processi attraverso i quali vengono erogate le prestazioni e della correttezza delle procedure amministrative alla base degli addebiti.

1. Attivare, entro il 1999 in tutte le Aziende USL e nella Regione specifici nuclei per la funzione di controllo esterno a garanzia del livello qualitativo dei servizi acquisiti e della congruità delle tariffe applicate, nonché individuare eventuali comportamenti opportunistici da parte dei produttori di prestazioni.
2. Verificare il corretto funzionamento del mercato regolato (ove operante), la compatibilità della spesa con le risorse disponibili e l'adeguatezza dei livelli qualitativi dei servizi.

### ***I rapporti tra i livelli di controllo***

Le strutture erogatrici offrono la propria collaborazione al controllo esterno sia regionale che aziendale ed in particolare:

1. consentono l'accesso al personale addetto al controllo esterno ai registri del controllo interno ed alle altre documentazioni necessarie alla attività di valutazione;
2. partecipano a progetti regionali finalizzati a:
  - valutare l'appropriatezza dell'uso delle tecnologie sanitarie;
  - promuovere la qualità clinica dell'assistenza erogata;
  - migliorare i servizi anche per gli aspetti che influenzano la soddisfazione dei pazienti.

Analogamente le strutture di controllo esterno aziendale mettono a disposizione del controllo esterno regionale la documentazione ed i registri nei quali sono riportati i risultati dei controlli effettuati alle strutture erogatrici.

## **3.4. I RAPPORTI CON L'UNIVERSITA'**

La Regione dell'Umbria, nel quadro della programmazione regionale, è interessata a stabilire stretti rapporti di collaborazione con l'Università degli Studi di Perugia e con la Facoltà di Medicina, per migliorare sensibilmente il sistema umbro di tutela della salute.

Il protocollo d'intesa tra Regione ed Università circa l'apporto assistenziale della Facoltà di Medicina nelle Aziende ospedaliere regionali, in modo correlato alle rilevanti, comuni esigenze di promozione della didattica e della ricerca, ne costituisce la condizione irrinunciabile.

La Regione ritiene possibile una rinnovata intesa dall'incontro delle autonomie, propria e dell'Università, valorizzando l'interdipendenza ed avendo particolare riguardo all'attività

assistenziale del Servizio Sanitario Regionale ed allo sviluppo di ambiti comuni di ricerca e di integrazione per il miglioramento del servizio stesso.

### **3.4.1. Il protocollo d'intesa, l'assetto istituzionale e la programmazione sanitaria**

Nel comune riconoscimento dell'interdipendenza come terreno privilegiato di incontro istituzionale, compete alla Regione il governo complessivo della sanità, mentre spetta all'Università l'esercizio di un ruolo esperto ed autonomo nei campi della formazione e della ricerca.

Il protocollo d'intesa deve affermare definitivamente l'unitarietà delle aziende di alta specialità quali componenti fondamentali del SSR e, dunque, tali da essere ricondotte all'osservanza degli obiettivi e delle regole della programmazione regionale.

Gli obiettivi, le regole di funzionamento del sistema e l'assegnazione delle risorse alle Aziende sanitarie sono definiti dal Piano Sanitario Regionale alla cui elaborazione concorre l'Università degli Studi; nello stesso ambito, le aziende miste, quali soggetti erogatori di prestazioni, possono avere assicurata una prospettiva di sviluppo e di successo alla sola condizione di perseguire migliori livelli di integrazione con le aziende territoriali, cui compete prevalentemente la funzione di tutela della salute dei cittadini.

La garanzia di un'adeguata integrazione tra facoltà medica e componente ospedaliera del SSR all'interno delle Aziende ospedaliere, deve essere attuata attraverso il regolamento aziendale e il protocollo attuativo locale che ne costituisce parte integrante, con i quali possono essere stabiliti tempi e modalità di consultazione tra direzioni strategiche aziendali e direzione della Facoltà di Medicina.

Le linee guida per la stipula dei protocolli d'intesa Università-Regioni (D.M. 31 luglio 1997, art. 2, comma 4) stabiliscono altresì che *"i modelli, gli obiettivi e le modalità di organizzazione delle Aziende ospedaliere in cui insiste la prevalenza del percorso formativo del triennio clinico della Facoltà di Medicina e Chirurgia sono definiti dal Direttore Generale, nell'ambito degli indirizzi e dei criteri indicati dalla Regione, in modo da assicurare il pieno svolgimento delle funzioni didattiche e scientifiche della Facoltà di Medicina e Chirurgia"*.

### **3.4.2. Il Polo Unico**

Nel riconfermare la scelta strategica del *"Polo Unico"* come occasione di cambiamento e di miglioramento dell'intero sistema sanitario umbro, è assolutamente urgente rimuovere gli ostacoli che tuttora sono di impedimento allo sviluppo del programma realizzativo.

A tal fine occorre:

1. che l'Università acceleri il programma realizzativo della Facoltà di Medicina S. Andrea delle Fratte nel rispetto dei tempi più ravvicinati di completamento della parte assistenziale del Polo Unico, individuando le relative operazioni di ingegneria finanziaria correlate alle risorse messe a disposizione dal SSR;
2. che si individuino modalità e condizioni di utilizzo degli spazi direzionali comuni nel nuovo complesso ospedaliero.

*Il protocollo d'intesa, comunque deve stabilire i tempi di conseguimento dell'obiettivo "Polo Unico" e della definitiva realizzazione a Perugia di un complesso unico di ricerca, didattica ed assistenza nell'esclusivo interesse dell'intera comunità regionale.*

### **3.4.3. La Facoltà di Medicina a Terni**

Ai fini di un equilibrato sviluppo delle alte specialità nelle Aziende ospedaliere dell'Umbria e del consolidamento della capacità di attrazione di utenza extraregionale, debbono essere attentamente verificate tutte le opportunità di completamento della Facoltà di Medicina a Terni.

Sono perciò da considerare, insieme ai problemi di prospettiva dell'occupazione medica, i vantaggi che ne deriverebbero all'Azienda in termini di sviluppo dell'alta specializzazione e gli impegni che debbono essere assunti dall'insieme delle istituzioni interessate per il reperimento delle risorse necessarie.

In tale direzione il confronto, già in fase avanzata di definizione, dovrà portare ad un accordo istituzionale tra le Regioni Umbria e Lazio ed accordi di collaborazioni tra Università di Perugia ed Università del Lazio, al fine di individuare Terni come punto di riferimento di un bacino di interesse interregionale. Allo stato attuale vi sono tutte le condizioni per l'avvio del completamento sin dall'anno accademico 98/99.

Il successo dell'iniziativa è determinante per lo sviluppo della Facoltà di Medicina a Terni; nel caso contrario il mantenimento della situazione attuale non potrebbe più essere giustificato.

### **3.4.4. La formazione e la ricerca**

In conformità al comma 2 dell'art. 6 del D.Lgs. 502/92, per quanto concerne la formazione, la titolarità dei corsi d'insegnamento previsti dall'ordinamento universitario deve essere affidata ai dirigenti delle strutture presso le quali si svolge la formazione stessa, che siano in possesso dei requisiti di idoneità previsti dalle norme vigenti.

Analogamente, ai sensi del 3° comma del medesimo art. 6 del D.Lgs. 502/92, la docenza dei corsi di diploma universitario è di norma affidata al personale del ruolo sanitario dipendente dalle strutture presso le quali si svolge il corso.

Nelle more della codificazione della tabella di equiparazione tra settori scientifico-disciplinari e discipline ospedaliere, che consentirà di individuare le materie attribuibili alla docenza del personale del Servizio Sanitario, è opportuno determinare un'aliquota massima da lasciare al personale universitario.

In coerenza con quanto stabilito dalle linee guida ministeriali, la Regione si impegna a riconoscere alle aziende i maggiori costi indotti dalle funzioni di didattica e di ricerca e, pertanto, ad integrare i finanziamenti stabiliti al momento della definizione dei piani annuali preventivi di attività.

La quota integrativa, nei limiti previsti dalle stesse linee guida (dal 3 all'8% della valorizzazione dell'attività assistenziale, opportunamente corretta) dovrà essere finalizzata al sostegno di comuni progetti pluriennali, orientati a coniugare sviluppo della ricerca applicata ed innalzamento dei livelli assistenziali.

### **3.4.5. L'organizzazione delle Aziende ospedaliere**

Un'Azienda ospedaliera dev'essere organismo unitario, coeso, con una propria individuata missione, quand'anche sia compresente in essa una componente, quella universitaria, che prevalentemente è orientata a finalità di didattica e ricerca.

Nelle condizioni date dall'esigenza di osservare in ogni caso le compatibilità economiche del sistema, ma più in generale per osservare criteri di efficienza, la tenuta e il miglioramento dei livelli assistenziali deve costituire la condizione irrinunciabile per lo sviluppo della ricerca e della didattica.

Ne consegue l'urgenza della strutturazione dipartimentale delle aziende, equilibrata e fortemente orientata a ricercare la massima integrazione possibile delle risorse disponibili in modo tale da coniugare appropriatezza, qualità, efficacia delle prestazioni ed efficienza gestionale.

I dipartimenti dovranno essere, di norma, misti con l'inserimento in essi di unità operative e moduli sia a direzione universitaria che ospedaliera.

Le aggregazioni dipartimentali devono rispondere a criteri di funzionalità e a reali possibilità di interattività delle strutture che in esse sono ricomprese.

L'organizzazione dipartimentale è disciplinata dalle linee guida regionali già emanate e dalla L.R. 3/98 di riordino del Servizio Sanitario regionale e dal D.M. 31/7/97.

Ogni dipartimento sarà dotato di un budget che verrà gestito secondo le linee concordate con la dirigenza aziendale.

I dipartimenti aziendali hanno organizzazione e finalità diverse dai dipartimenti universitari, per i quali è fatta salva l'autonomia dell'Università, nel rispetto dei fini istituzionali della stessa. E' auspicabile che nei dipartimenti universitari, dove le attività di ricerca e didattica coinvolgono la componente aziendale ospedaliera, sia prevista una partecipazione proporzionale di questa, a pieno titolo, negli organismi rappresentativi.

Al fine di favorire l'armonizzazione delle componenti universitaria ed ospedaliera, Regione ed Università dovrebbero orientare le aziende ad individuare adeguatamente, nell'ambito delle strutture dipartimentali, Unità Operative e Moduli a direzione ospedaliera e a direzione universitaria, dopo aver condotto un'attenta valutazione dell'esistente in termini di attività utili, da sviluppare, o da dismettere, in relazione alle esigenze di tutela della salute della popolazione, escludendo, di norma ed a regime, ogni possibile sovrapposizione o duplicazione nella stessa disciplina.

Di conseguenza, vanno rapidamente ridefinite le Unità Operative a direzione apicale anche tenendo conto:

1. delle funzioni didattiche della Facoltà di Medicina e Chirurgia (che per il triennio clinico vanno valutati in considerazione del numero di studenti dei corsi di Laurea e dei corsi di diplomi e degli specializzandi che ne devono usufruire e della necessaria integrazione con le funzioni didattiche svolte anche presso altre strutture aziendali e di territorio);
2. delle esigenze assistenziali della popolazione in termini di bacino d'utenza, soprattutto per le alte specialità e della economicità della gestione.

In analogia con quanto previsto per le Unità Operative dirette da dirigenti del SSN, anche l'attività assistenziale delle strutture operative a direzione universitaria deve essere sottoposta a verifiche almeno quinquennali al fine del mantenimento della direzione.

La verifica deve riguardare efficienza ed efficacia dell'attività svolta, capacità organizzative e gestionali, rispetto degli obiettivi aziendali.

Nelle strutture organizzative (Dipartimenti, Unità Operative, Moduli) che integrano personale ospedaliero ed universitario dovrà essere garantita parità di trattamento a parità di attività e di responsabilità, nonché stesse opportunità di accesso alle funzioni in ambito assistenziale.

### **3.4.6. La valorizzazione delle risorse umane**

Per il miglior dispiegarsi delle potenzialità aziendali, è strategico puntare sulla utilizzazione e valorizzazione ottimale degli operatori.

Pur nell'ambito di una dipendenza giuridico-amministrativa diversificata degli stessi (Università, Azienda ospedaliera) è necessario puntare a rendere analoghe le condizioni e le regole del lavoro,

l'applicazione di tutti gli istituti contrattuali della dirigenza del SSN, in un quadro caratterizzato dall'equazione: *"a pari doveri corrispondono pari diritti"*.

In tale quadro, e nell'eliminazione di ogni automatismo e di ogni protezionismo, andrà promossa la valorizzazione degli operatori, basando le scelte sulla competenza e sulla professionalità di ciascuno, nell'interesse dell'ulteriore innalzamento del livello dell'assistenza.

### **3.5. I RAPPORTI CON L'ISTITUTO ZOOPROFILATTICO DELL'UMBRIA E DELLE MARCHE**

L'Istituto Zooprofilattico dell'Umbria e delle Marche opera nell'ambito del SSN come strumento tecnico scientifico dello Stato e della Regione Umbria e garantisce ai servizi veterinari delle Aziende sanitarie locali le prestazioni e la collaborazione necessarie all'espletamento delle funzioni in materia di Igiene e Sanità Pubblica Veterinaria.

Il raccordo funzionale tra i servizi veterinari dei dipartimenti di prevenzione delle Aziende sanitarie locali e l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche, in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 7 del D.Lgs 502/92 è assicurato dall'istituzione di una Commissione Consultiva Permanente per i servizi veterinari, di cui fanno parte il Responsabile dei servizi veterinari regionali, che la convoca e la presiede, i Responsabili dei servizi veterinari delle Aziende sanitarie locali e il Direttore Generale dell'Istituto Zooprofilattico, o loro delegati.

Le norme riguardanti l'organizzazione e la gestione dell'Istituto, che ai sensi della Legge regionale 20/1/98 n° 3 concorre alla determinazione e al perseguimento delle finalità delle SSR, sono quelle definite nella Legge regionale 19/2/97 n. 5 e successive modificazioni ed integrazioni.

In attuazione di tale Legge Regionale e nell'ambito delle linee strategiche delineate anche dal presente PSR, l'Istituto provvede a realizzare il proprio modello organizzativo in un'ottica di miglioramento complessivo della qualità delle prestazioni erogate e di maggiore e più completa fruibilità delle stesse nell'ambito territoriale di competenza, ponendo particolare attenzione a soddisfare la domanda di salute dei cittadini-utenti ed attuando nel contempo un'accorta politica gestionale, volta alla economicità complessiva del servizio ed al conseguimento di un positivo rapporto costo-beneficio delle attività.

Tali finalità saranno perseguite nel triennio attraverso strumenti e progetti specifici sostenuti da adeguati investimenti per l'implementazione di Sistemi Informativi, per l'introduzione di modalità gestionali innovative e per il miglioramento delle competenze professionali del personale dipendente.

In particolare sono previste:

1. La qualificazione dei Laboratori e delle prove in attuazione del D.Lgs del 120/92, ai fini dell'accREDITAMENTO previsto entro il 30.10.98;
2. L'attivazione di studi e ricerche:
  - sulla sicurezza e qualità degli alimenti e sulla innovazione tecnologica applicata al settore diagnostico;
  - sulle patologie animali trasmissibili all'uomo (zoonosi) con particolare riguardo agli animali da affezione e da compagnia;

la realizzazione di un sistema informatizzato in rete, che colleghi l'Istituto Zooprofilattico sperimentale, le sue sezioni provinciali, la Regione e le Aziende USL;

la costituzione dell'Osservatorio Epidemiologico Veterinario (OEV) in collegamento con i servizi veterinari della Regione e delle Aziende USL, in raccordo con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale dell'Umbria, in maniera da garantire l'apporto delle informazioni necessarie e le specifiche competenze regionali.

Saranno inoltre sviluppati specifici accordi tra Università ed Istituto, sia per la formazione degli specializzandi e per le attività formative dei diplomi di laurea e di perfezionamento, sia per l'aggiornamento, la riqualificazione e la formazione complementare degli operatori dei servizi veterinari.

## 3.6. L'ORGANIZZAZIONE DELLE AZIENDE SANITARIE

### 3.6.1 L'evidenza in materia di organizzazioni professionali

E' noto in sociologia delle organizzazioni che Sanità, Università e Scuola presentano al loro interno i più rilevanti esempi di una configurazione organizzativa nota come **organizzazione professionale** (o.p.), con una propria fisionomia gestionale ben descritta nella letteratura scientifica (Gross ed Etzioni, 1986; Mintzberg, 1996), in quanto *basata, per il suo funzionamento, sulle capacità e sulle conoscenze dei professionisti del nucleo operativo*.

Per comprendere questa definizione, va tenuto presente che gli elementi costitutivi di una organizzazione sono in generale rappresentati da:

- a) strutture di line (vertice strategico; linea intermedia; nucleo operativo) che intervengono direttamente, in base ad una definita gerarchia discendente, sui processi produttivi;
- b) strutture di staff (tecnostuttura e unità di supporto) che invece non hanno alcuna gerarchia, né intervengono direttamente sui processi produttivi; la tecnostuttura interviene sulle standardizzazioni (dei processi, degli output e delle capacità), mentre le unità di supporto svolgono ogni altra funzione necessaria alle strutture di line.

Rispetto a questo modello generale, le o.p. presentano una configurazione del tutto particolare in quanto al loro interno sono molto sviluppate:

- a) tra le strutture di line il nucleo operativo, che ne rappresenta la parte fondamentale;
- b) tra le strutture di staff le unità di supporto, che sono però principalmente al servizio del nucleo operativo.

La tecnostuttura e la linea intermedia non sono invece molto sviluppate, in quanto - come si vedrà - nella o.p. la possibilità di coordinare l'attività del nucleo operativo è molto scarsa, così come la possibilità di pianificare e formalizzare l'attività dei professionisti.

A sua volta il vertice strategico ha un ruolo del tutto particolare rispetto ad altre tipologie organizzative, in quanto il suo potere non si estrinseca tanto nella capacità di controllare direttamente i professionisti, ma nello svolgere un insieme di ruoli che pure gli possono conferire un considerevole potere indiretto:

- a) la gestione delle varianze che si manifestano nell'organizzazione:
  - conflitti di competenze tra professionisti in cui il vertice strategico più che imporre una soluzione deve promuovere incontri e negoziare una soluzione che sia a vantaggio degli assistiti;
  - problemi di compatibilità tra le richieste di supporto dei professionisti e le risorse disponibili, dove può intervenire sull'allocazione delle risorse stesse;
- a) la gestione dei ruoli esterni in cui interviene nelle relazioni di confine e dove sono suoi punti di forza il saper risolvere i conflitti a favore delle proprie unità e il saper isolare efficacemente i professionisti da influenze esterne che questi ritengano disfunzionali.

Quanto sopra ha la sua base materiale nel fatto che *le o. p. sono dedite in via principale alla creazione ed alla applicazione di conoscenze, conoscenze che sono in gran parte patrimonio di*

*singoli individui e che, al contrario di quanto avviene per le altre risorse dell'organizzazione, non si prestano ad essere trasferite da un individuo all'altro per ordine di un superiore.*

Ai fini del PSR è opportuno in questa sede riportare le evidenze sociologiche (alcune delle quali sono in forte contrasto con il “senso comune” e la cui proposizione in questa sede non vuole ovviamente finalizzare comportamenti autoreferenziali o peggio, corporativi, ma serve a fornire elementi di maggiore comprensione della realtà organizzativa in cui il Piano interviene) relative ad alcuni aspetti delle o.p.:

- 1) le caratteristiche organizzative di base;
- 2) i problemi connessi con la presenza di questa configurazione organizzativa;
- 3) alcune risposte disfunzionali che possono essere date in una loro *gestione di tipo tecnocratico*.

Saranno infine riassunte le configurazioni organizzative presenti in una azienda sanitaria - che può pertanto essere considerata come una “costellazione organizzativa” - al fine di permettere a chi ha responsabilità nel governo e nella gestione della Sanità di aumentare l'appropriatezza gestionale, cioè di dare luogo ad interventi e mettere in campo strumenti diversificati ed adatti ai diversi contesti organizzativi.

### **1) Le caratteristiche organizzative di base.**

L'organizzazione delle o.p. è sostanzialmente burocratica e, come nella burocrazia meccanica (es. settori della pubblica amministrazione quali Poste, Ferrovie, etc.), il coordinamento viene raggiunto attraverso standard che predeterminano ciò che deve essere fatto. I due tipi di burocrazia però, differiscono nettamente per quanto attiene l'origine della standardizzazione: mentre la burocrazia meccanica elabora essa stessa i propri standard - la tecnostuttura progetta gli standard per gli operatori ed i manager di linea li fanno rispettare - nella o.p. gli standard si formano largamente all'esterno dell'organizzazione, nelle sedi formative e nelle associazioni indipendenti di cui fanno parte i membri del nucleo operativo.

Questo è costituito da specialisti adeguatamente formati e orientati sul piano etico – professionisti – ai quali è consentito un considerevole controllo sul proprio lavoro poiché, per quanto le conoscenze e le capacità possano essere standardizzate, la loro complessità fa sì che la loro applicazione comporti una discrezionalità considerevole.

Una ulteriore variabile, che incrementa questa discrezionalità, riguarda la possibilità di una diversificazione sotto il profilo “geografico” del fattore ambientale “caratteristica del mercato”: quando questo non si raccoglie intorno a poli gestionali specifici ma è polverizzato sul territorio (condizione presente per i medici di base nella dispersione delle sedi di attività), porta alla presenza della variante “organizzazione professionale dispersa”, dove si amplifica, accanto alla discrezionalità del professionista che vi opera, il ruolo di formazione, selezione ed orientamento all'etica professionale quali elementi che permettono il coordinamento funzionale in queste specifiche condizioni operative.

Il potere del professionista deriva quindi:

- dalla complessità della sua attività, che ne impedisce la supervisione diretta da parte di manager o la standardizzazione da parte di analisti;
- dalle particolari condizioni in cui si crea la domanda dei suoi servizi, circostanza che ne favorisce la mobilità e gli permette di richiedere una forte autonomia.

Di conseguenza mentre altre configurazioni organizzative (in particolare le burocrazie meccaniche) si fondano sull'autorità di natura gerarchica - il potere della posizione - la o.p. pone l'accento sull'autorità di natura professionale - il potere della competenza.

Nelle o.p i professionisti:

- controllano il proprio lavoro;



- si oppongono alla razionalizzazione delle proprie capacità e cioè alla loro scomposizione e trasformazione in fasi di lavoro di semplice esecuzione;
- ricercano e chiedono anche il controllo collettivo delle decisioni amministrative e direzionali che li riguardano (assunzioni di colleghi, promozioni, allocazione di risorse, etc.).

Il controllo di queste decisioni implica il controllo della linea intermedia ed i professionisti lo esercitano garantendosi che le posizioni di questa parte dell'organizzazione siano occupate da specialisti appartenenti alla professione. E' noto che il potere dei manager nelle o.p. è associato al loro essere membri della professione, all'essere eletti dai professionisti del nucleo operativo o quanto meno essere nominati con il loro consenso.

Dato il potere dei professionisti del nucleo operativo, le o.p. sono spesso descritte come piramidi rovesciate, nelle quali gli operatori professionali sono al vertice mentre i manager sono in posizione di dipendenza, con funzioni di servizio nei confronti dei professionisti .

Le unità di supporto invece (servizi amministrativi, logistici, etc.) sono in genere dirette in modo molto stretto dal vertice e si configurano come costellazioni di burocrazie meccaniche all'interno della o.p.. Nella o.p. emergono quindi frequentemente due gerarchie direzionali parallele: una democratica e di tipo bottom-up per i professionisti e un'altra simile alla burocrazia meccanica e di tipo top-down per lo staff di supporto.

Oltre a quanto già detto in sede di introduzione sul ruolo del vertice strategico nelle o.p., va ricordato che in generale il professionista manager conserva però il suo potere soltanto finché i professionisti valutano che egli persegua e difenda i loro interessi in modo efficace. Singolarmente i manager professionisti detengono un potere maggiore rispetto ai singoli professionisti, anche se un tale potere può essere facilmente sopraffatto dal potere collettivo dei professionisti.

Nella o.p. infine, la strategia si presenta in modo del tutto particolare. Essendo gli output difficili da misurare, non è facile raggiungere consenso sulla definizione degli obiettivi e sul loro effettivo raggiungimento. Data l'autonomia di ogni professionista è logico pensare in termini di una strategia personale per ogni professionista: in molti casi il professionista sceglie i propri clienti ed i metodi con cui trattarli, in altri termini sceglie la propria strategia prodotto - mercato.

In questo modo la strategia intesa come un'unica struttura integrata di decisioni comuni a tutta l'organizzazione rischia di perdere nella o.p. gran parte del suo significato: le strategie generali della o.p. corrispondono spesso nei fatti in larga misura a quelle delle associazioni professionali esterne, mentre le strategie specifiche rappresentano l'effetto cumulato nel tempo dei progetti, o delle "iniziative" strategiche, che i membri sono riusciti a far accettare e a far intraprendere.

## **2) I problemi connessi con le organizzazioni professionali**

La o.p. è una configurazione organizzativa (forse l'unica) che risponde a due dei bisogni principali dell'uomo moderno in quanto:

- è democratica, poiché attribuisce il potere direttamente ai suoi membri (quanto meno ai professionisti);
- consente loro un'ampia autonomia, liberandoli anche dalla necessità di coordinarsi con i colleghi e quindi da tutte le pressioni ed i giochi politici che una tale necessità comporta.

L'autonomia consente inoltre ai professionisti di perfezionare le propria capacità.

Queste stesse caratteristiche di autonomia e democrazia ne determinano i principali problemi: non esiste in effetti alcun controllo del lavoro se si esclude quello esercitato dalla professione stessa e vi sono notevoli limiti quando si voglia intervenire per correggere quelle deficienze che i professionisti stessi decidono di non considerare per quanto riguarda i problemi:

- di coordinamento;
- di discrezionalità.

### I problemi di coordinamento:

Nel nucleo operativo della o.p. l'efficacia del coordinamento si fonda soltanto sul ricorso alla standardizzazione delle capacità: la supervisione diretta ed il reciproco adattamento incontrano opposizione in quanto vengono considerati violazioni dirette dell'autonomia professionale, nel primo caso da parte dei manager e nel secondo caso da parte dei colleghi, mentre la standardizzazione dei processi di lavoro e degli output non è efficace data la natura complessa dei compiti e la scarsa definizione degli output. La standardizzazione delle capacità è però, nella migliore delle ipotesi, un meccanismo di coordinamento piuttosto blando, incapace di far fronte a molte delle necessità di coordinamento che intervengono nelle o.p.:

- coordinamento tra professionisti e strutture di staff: in genere il professionista dà ordini (o chiede risorse), ma questo suo comportamento fa confluire sull'addetto alle strutture di staff (e soprattutto sulle unità di supporto) due sistemi di potere che spingono in direzioni diverse:
- il potere verticale dell'autorità in line;
- il potere orizzontale della competenza professionale.
- coordinamento tra professionisti: finché il processo di classificazione opera in maniera efficace trovano una adeguata risposta sia i bisogni di autonomia del professionista che quelli assistenziali del paziente; i pazienti i cui problemi si collocano però a cavallo tra aree disciplinari, si vedono obbligati a continui spostamenti alla ricerca del servizio giusto, un processo che richiede del tempo in una situazione in cui il tempo rappresenta un fattore critico.

Su un altro versante, come la burocrazia meccanica, anche la o.p. si dimostra una organizzazione rigida, molto adatta a realizzare una serie di prestazioni standard, ma meno adatta a produrne di nuovi, quando i programmi superando le specializzazioni esistenti implicano una ridefinizione delle categorie su cui si basano le specializzazioni professionali o richiedono uno sforzo interdisciplinare; ne conseguono, data la riluttanza dei professionisti a lavorare in modo integrato, problemi di coordinamento in occasione di processi inter e multidisciplinari.

### I problemi di discrezionalità.

Per la o.p. non è facile risolvere i problemi derivanti da professionisti che sono incompetenti o poco coscienti.

Posto che la censura da parte delle associazioni professionali viene raramente esercitata, si può in genere fare ben poco se si esclude l'utilizzo delle procedure migliori per operare la selezione fra coloro che si iscrivono alle scuole di formazione o ai quali viene consentito l'accesso ai servizi.

Il professionista è poco cosciente quando:

- rifiuta di aggiornare le proprie capacità dopo il conseguimento del diploma;
- si preoccupa più del guadagno che dei clienti;
- diviene così innamorato delle proprie capacità da trascurare le necessità effettive dei suoi assistiti (inversione mezzi-fini).

La discrezionalità permette ad alcuni professionisti di ignorare non solo i bisogni degli assistiti, ma anche quelli dell'organizzazione in cui lavorano: nelle o.p. i professionisti non si considerano generalmente membri di un gruppo; per molti, al contrario, l'organizzazione è una circostanza secondaria, un posto conveniente dove applicare e utilizzare le proprie capacità.

### **3) Le risposte disfunzionali.**

Accade spesso che gli esterni alla professione – assistiti, manager non professionisti, membri della società nel suo complesso ed i loro rappresentanti negli organi elettivi - attribuiscono i problemi alla mancanza di controlli esterni sul professionista e sulla professione agendo quindi di conseguenza e cioè cercando di realizzare il controllo dell'attività mediante gli altri meccanismi di coordinamento.

In modo specifico essi tentano di utilizzare la supervisione diretta, la standardizzazione dei processi di lavoro o la standardizzazione degli output.

L'inserimento di livelli intermedi di supervisione diretta deriva dall'ipotesi che l'attività professionale possa essere controllata, come ogni altra attività, in modo top-down, un'ipotesi che si è invece ripetutamente dimostrata sbagliata.

Le forme di standardizzazione diverse dalla standardizzazione delle capacità, invece di consentire il controllo dell'attività professionale, possono spesso scoraggiare ed ostacolare i professionisti: i complessi processi di lavoro non possono essere formalizzati mediante regole e norme e gli output vaghi e indeterminati non possono essere standardizzati attraverso i sistemi di programmazione e controllo se non con effetti fuorvianti. Programmando i comportamenti sbagliati e misurando gli output sbagliati, si obbligano i professionisti a giocare il gioco della burocrazia meccanica e cioè a soddisfare gli standard invece di servire gli assistiti, riproponendo nuovamente l'inversione mezzi-fini.

Il fatto è che compiti complessi possono essere svolti in modo efficace solo se ne viene affidato il controllo a coloro che li eseguono, mentre i controlli tecnocratici possono essere opportuni solo laddove i comportamenti responsabili sono rari.

#### **4) Le configurazioni organizzative presenti in una azienda sanitaria.**

Sulla base di quanto sopra esposto in una azienda sanitaria vengono ad essere presenti più configurazioni organizzative di cui:

- l'organizzazione professionale rappresenta la parte prevalente e coincide con quella che potremmo definire come area delle decisioni professionali (medicina di base, specialistica ambulatoriale e degenza ospedaliera); al suo interno la medicina di base si configura come organizzazione professionale dispersa, con ulteriori margini di discrezionalità; quando l'attività ospedaliera viene svolta da professionisti che ricoprono anche incarichi nelle strutture formative universitarie il potere basato sulla competenza si dilata ulteriormente anche per effetto del ruolo che queste figure hanno nella standardizzazione delle capacità dei professionisti; è appena il caso di notare che gran parte delle evidenze qui riferite per i professionisti laureati, si presentano, seppur in grado diverso, per le altre figure professionali (infermieri, tecnici-sanitari, etc.) che operano in una azienda sanitaria; per questa area vanno tenute in particolare considerazione le evidenze sopra riportate e le relative difficoltà di intervento gestionale;
- l'organizzazione definita come burocrazia meccanica rappresenta l'altra rilevante configurazione presente nelle aziende sanitarie e coincide con quella che potremmo definire come area delle decisioni amministrative in cui possono essere comprese le unità di supporto (amministrativo, logistico, etc.), le strutture della diagnostica strumentale e gran parte della linea intermedia, in quanto chiamati a produrre output intermedi piuttosto definiti o ad applicare processi di lavoro altamente standardizzabili; in questa area trovano maggiore appropriatezza gestionale i sistemi di programmazione e controllo;
- infine residua, in quanto non compresa in nessuna delle tipologie sopra riportate, l'area delle decisioni professionali di supporto alle decisioni amministrative, dove, particolarmente nella tecnostruttura, possono trovare collocazione professionisti chiamati a fornire conoscenze altamente specialistiche (statistici, epidemiologici, analisti, esperti di analisi organizzativa, etc.), che pur godendo di una consistente autonomia professionale non hanno lo stesso potere dei loro colleghi del nucleo operativo in quanto collocati in posizione di staff.

### **3.6.2 Il modello direzionale dell'azienda sanitaria**

Uno dei più importanti principi introdotti dai Decreti Lgs. 29, 502 e 517 è quello dell'autonomia organizzativa delle Aziende sanitarie pubbliche. Tale innovazione individua il potere di identificare autonomamente la struttura organizzativa dell'apparato aziendale, intesa come l'insieme degli elementi che compongono il sistema organizzativo interno nonché come livelli di coordinamento, di comunicazione e di controllo. Spetta alla Regione definire i principi ed i criteri generali di organizzazione, con lo scopo di consentire all'insieme del Sistema Sanitario Regionale un funzionamento orientato ad una complessiva coerenza.

Un altro principio fondamentale è quello della separazione, all'interno dell'Azienda, della responsabilità di programmazione e controllo (afferente al vertice strategico) da quelle di gestione delle attività sanitarie, attribuite alle strutture della linea intermedia. La direzione strategica è compito del Direttore generale, al quale è attribuita la globalità dei poteri amministrativi, in ciò coadiuvato dal Direttore sanitario e da quello amministrativo.

#### ***Gli indirizzi generali***

Per armonizzare quanto più possibile le evidenze sociologiche prima riportate con la cornice legislativa esistente, va assunto un modello direzionale pluridimensionale incentrato sul superamento della unicità nello svolgimento della funzione direzionale, attraverso una sua articolazione su più livelli:

la direzione strategica con funzioni di programmazione, di allocazione delle risorse e di controllo: coincide con la direzione aziendale che si avvale di strutture di "staff", tra le quali sono compresi il servizio infermieristico ed il servizio farmaceutico; quest'ultimo potrà essere organizzato anche in forma dipartimentale nelle aziende territoriali;

1. la direzione gestionale cui fanno capo le funzioni di programmazione operativa e l'adozione di tutti gli atti correlati all'attuazione dei programmi negoziati con la direzione aziendale: coincide con la direzione dei distretti, dei presidi ospedalieri, dei dipartimenti ospedalieri, dei progetti, nelle cui articolazioni è compreso il servizio infermieristico;
2. la direzione tecnico funzionale esercitata sugli atti a prevalente contenuto professionale.

Il modello direzionale pluridimensionale è di tipo bottom-up, cioè procede dal basso del sistema organizzativo verso il vertice aziendale, attraverso meccanismi di selezione delle opzioni basate su dinamiche negoziali. Esso consente di:

- A. gestire efficacemente alti livelli di complessità;
- B. gestire con fluidità le risorse funzionali su progetti e su aree di attività secondo logiche di competizione;
- C. produrre uno scenario di responsabilizzazione gestionale diffusa.

L'adozione di un modello direzionale pluridimensionale presuppone il radicamento di una cultura organizzativa con esso coerente: vale a dire di un sistema condiviso di valori, di atteggiamenti e di attese dei diversi attori.

Le relazioni interne alla struttura devono essere interpretate come sistema di ruoli e funzioni piuttosto che come sistema di posizioni e di relazioni di autorità gerarchica.

#### ***Gli obiettivi***

Implementazione ed attivazione, in tutte le aziende, dei sistemi per il controllo di gestione.

Adozione, da parte delle direzioni aziendali, dei regolamenti per la delega di poteri gestionali ai livelli intermedi di direzione.

Attivazione di modelli negoziali incentrati sulla formulazione, da parte dei dirigenti interessati, di "pacchetti decisionali" che identificano e descrivono le alternative relative allo svolgimento di attività specifiche.

Attivazione di adeguati percorsi formativi orientati al consolidamento di "cultura aziendale".

### ***Le soluzioni proposte***

Lo sviluppo dell'attività organizzativa sarà caratterizzato dall'operare per progetti, che meglio consentono l'orientamento al risultato, mediante una gestione operativa basata sulle effettive capacità professionali e manageriali invece che su un mero rapporto gerarchico.

Il patrimonio informativo dell'azienda va avvicinato sempre più al management, al fine di trasformare il sistema informativo da strumento operativo a supporto essenziale per le decisioni.

Il cambiamento del management richiede l'elaborazione di politiche di sviluppo delle risorse umane incentrate sulla pianificazione di azioni formative rivolte:

- alla formazione manageriale e gestionale di base;
- alla formazione collegata alla evoluzione organizzativa e strutturale;
- alla formazione tecnico - specialistica.

### ***Il ruolo degli attori***

Spetta alla Regione promuovere la piena adozione del modello delineato, attraverso:

- l'emanazione di indirizzi e linee guida;
- la definizione di tempi e scadenze delle relative fasi di attuazione;
- il monitoraggio e la verifica delle gestioni aziendali;
- la programmazione e l'attuazione delle azioni formative di particolare rilevanza strategica (formazione manageriale e gestionale).

Spettano alle direzioni aziendali i compiti di implementazione attuativa degli indirizzi di programmazione.

Spetta alle organizzazioni sindacali il ruolo di concorrere alla definizione degli strumenti di programmazione ed alle fasi del monitoraggio e della verifica, di negoziare tutti gli effetti sul rapporto di lavoro implicati dall'attuazione del modello.

L'equilibrio del modello organizzativo si fonda sulla valorizzazione di tutti i suoi elementi. Sarà compito del Direttore generale garantire tale equilibrio attraverso gli strumenti propri della direzione che sono quelli classici della programmazione, della valutazione e del controllo, insieme alla gestione del sistema di comunicazione ed informazione ed alla capacità di leggere ed interpretare correttamente i bisogni della comunità, intesa nelle sue diverse articolazioni e rappresentazioni.

La Legge regionale 51/95 prevede all'art. 2 alcune tipologie di documenti programmatici tra i quali:

- A. il documento di programmazione;
- B. il bilancio pluriennale di previsione;
- C. il bilancio preventivo economico annuale.

Si tratta di strumenti eminentemente economico-finanziari, ai quali, però, è possibile accoppiare altre tipologie di strumenti programmatici a contenuto più marcatamente sanitario, quali:

- a) i Piani annuali di attività;
- b) il Piano attuativo, previsto dalla L.R. 3/98.

Il documento di programmazione, di cui all'art. 3 della L.R. 51/95, costituisce l'atto di pianificazione strategica dell'Azienda in quanto esso si muove lungo un arco di tempo pluriennale ed è riferito allo stesso periodo di durata temporale del Piano Sanitario Regionale. Esso, dunque, rappresenta l'elemento di snodo tra gli obiettivi generali definiti in sede di programmazione regionale e la declinazione di questi riferiti allo specifico di ciascuna singola Azienda Sanitaria.

I Piani annuali di attività costituiscono l'elemento regolatore delle relazioni tra Azienda Sanitaria e soggetti pubblici o privati erogatori di attività sanitarie; tali Piani, previsti dalla Legge Finanziaria 1996, definiscono volumi e tipologie delle prestazioni da erogare/acquistare e pertanto comportano la duplice valenza di predeterminare i livelli di spesa per l'esercizio di riferimento e di orientare il comportamento dei fornitori verso tipologie di attività commisurate sia alle esigenze sanitarie della popolazione assistita di riferimento che alla capacità produttiva dei servizi sanitari dell'Azienda acquirente.

Il Piano attuativo, da ultimo, è lo strumento di pianificazione annuale delle Aziende sanitarie, costituendo dunque l'elemento regolatore delle relazioni intra-aziendali, atteso che, specie nel caso delle Aziende USL, anche all'interno della stessa Azienda si configura la presenza contemporanea di soggetti acquirenti e di soggetti fornitori.

Esso costituisce altresì il documento aziendale che modula gli aspetti organizzativi interni e fissa gli obiettivi annuali, costituendo in tal modo l'elemento di riferimento per la costituzione di logiche di funzionamento per budget.

Risulta evidente che la Direzione aziendale non avrà da trarre alcuna pratica utilità da tale consistente attività programmatrice se non si doterà di una specifica strumentazione atta a verificare e controllare che il comportamento delle varie componenti aziendali sia coerente con il perseguimento degli obiettivi fissati e che i risultati previsti siano effettivamente raggiunti.

L'intera strumentazione (che oggi si è soliti definire "cabina di regia", "cruscotto direzionale" ecc.) necessaria ad esercitare le funzioni di programmazione, valutazione e controllo della gestione non può avere altra collocazione organizzativa che quella in *staff* al Direttore Generale. Peraltro la normativa vigente è, a riguardo, sufficientemente chiara: la stessa legge regionale 51/95 prevede all'art. 28 l'esistenza di un'apposita struttura organizzativa che si occupi del sistema di programmazione e controllo di gestione e che dipenda in via diretta ed esclusiva dal Direttore generale, mentre l'art. 20 del D.Lgs 29/93 statuisce che sia i servizi di controllo interno che i nuclei di valutazione operino in posizione di autonomia e rispondano esclusivamente agli organi di direzione politica.

I Piani contengono appositi accordi che regolamentano:

- i percorsi diagnostici, di cura e riabilitazione. In cambio di sconti sulla tariffe standard, a favore di criteri di innovazione dei servizi e di un uso più razionale delle risorse, l'USL potrebbe assumersi la gestione delle dimissioni protette o della riabilitazione. L'Azienda ospedaliera si troverebbe favorita nell'organizzazione di servizi innovativi quali la day surgery, il day hospital, le dimissioni protette;
- la formazione e l'aggiornamento del personale;
- la collaborazione tra le équipes dei presidi ospedalieri e quelle dell'Azienda ospedaliera;
- i tempi di attesa e i percorsi per i ricoveri;
- la razionalità dei reciproci investimenti.

Tali accordi stabiliscono altresì:

- il Piano degli investimenti;
- la razionalizzazione dell'offerta dell'alta specialità sulla base della coerenza richiesta dai bacini di utenza specifici.

I vantaggi degli accordi, oltre che ricadute positive sul riequilibrio dell'offerta, offrono le potenzialità di allargarsi a:

- il recupero da parte dell'Azienda ospedaliera di un ruolo di valutazione sull'impatto che esercita la sua azione sulla salute della comunità di riferimento. Sulla base infatti di un bacino di utenza e delle responsabilità da assumere per le competenze definite negli accordi, l'Azienda ospedaliera è in grado di andare oltre l'attuale valutazione dell'efficienza della gestione, della efficacia, e dell'appropriatezza clinica, per contribuire ad una valutazione in termini di salute pubblica del riferimento territoriale e della politica dei correttivi da mettere in atto;
- la sinergia con l'USL per massimizzare i risultati attraverso la definizione dei percorsi di accesso, diagnosi e cura;
- la sinergia con l'USL per un sistema integrato di conoscenze e di informazioni su sedi e procedure di cura, a vantaggio degli utenti;
- un recupero della casualità e della irrazionalità dei flussi di accesso degli assistiti, ad oggi in gran parte mistificate come la "libera scelta".

### 3.6.3 Dipartimenti territoriali ed ospedalieri

Il titolo terzo della LR 3/98 detta una serie di disposizioni sull'organizzazione dipartimentale dei servizi che incardinano il modello dipartimentale nelle due macro aree organizzative del SSR (distretto ed ospedale), prevedendo al contempo una differenziazione dei mandati affidati e quindi optando per soluzioni organizzative calibrate sui contesti operativi.

L'aspetto più rilevante in tale differenziazione riguarda la responsabilità gestionale sulle risorse destinate ai servizi che l'organizzazione dipartimentale deve integrare, che fa capo:

- per i servizi afferenti ai dipartimenti territoriali, al distretto di ubicazione;
- per i servizi afferenti ai dipartimenti ospedalieri, allo specifico dipartimento ospedaliero;
- per i servizi afferenti ai dipartimenti transmurali (es. dipartimento materno - infantile), al distretto di ubicazione per quelli a funzione territoriale e al dipartimento stesso per quelli con funzione ospedaliera.

Abbiamo quindi una diversificazione dei ruoli organizzativi che si sovrappone a quella derivante dai contesti operativi, essendo i dipartimenti territoriali connotati in senso marcatamente funzionale, mentre quelli ospedalieri hanno una impronta sostanzialmente strutturale; le due connotazioni sono poi compresenti all'interno dello stesso dipartimento transmurale.

Il Piano assume questa diversificazione dello strumento dipartimentale collocandola all'interno di un **percorso sperimentale e finalizzato**, in cui il *dipartimento rappresenta non un fine in sé, ma uno strumento per il coordinamento di più organizzazioni preesistenti al fine di raggiungere un obiettivo altrimenti non perseguibile*.

Questa accezione enfatizza una serie di elementi chiave:

- il *coordinamento*: è il nodo centrale che caratterizza, qualifica e giustifica la costituzione del dipartimento; esso va inteso tenendo presente che le organizzazioni professionali devono ricorrere prevalentemente a meccanismi di coordinamento che permettano nello stesso tempo la standardizzazione ed il decentramento e cioè alla standardizzazione delle capacità;
- la *preesistenza delle organizzazioni da coordinare*: queste vanno considerate attentamente sul piano dell'analisi formale ed informale - la "struttura" - focalizzando l'attenzione sui processi sociali che le caratterizzano e sulle reazioni che tutte le organizzazioni hanno quando si sentono "minacciate";
- l'*obiettivo*: l'istituzione di un dipartimento è una scelta conseguente alla assunzione di un preciso obiettivo e alla condivisione del fatto che perseguire l'obiettivo non è possibile senza il coordinamento delle organizzazioni preesistenti.

Il recupero di una accezione sperimentale e finalistica dello strumento dipartimentale consente da un lato di valutarne oggettivamente i processi di attivazione ed il funzionamento effettivo, mentre, su un altro versante, è opportuno ricordare che stiamo parlando di una sorta di araba fenice dell'organizzazione sanitaria: del dipartimento si parlava nella legislazione sanitaria italiana già nella gloriosa legge Mariotti del 1968; ne ha riparlato la legge 833/78; ulteriori specificazioni sono state fornite dalla D.Lgs 502-517, ma di realizzazioni concrete, nell'accezione sopra assunta dal PSR, se ne sono viste ben poche.

Il differente peso gestionale dato ai dipartimenti territoriali ed a quelli ospedalieri è quindi coerente con la scelta di fondo della programmazione regionale di dare ai servizi territoriali un peso negoziale ed organizzativo confrontabile con quello dei poli ospedalieri.

Certamente questa logica non determina di per sé tutte le condizioni organizzative necessarie per mantenere vivo e vegeto un dipartimento funzionale:

- climi organizzativi distesi;

- una forte motivazione e disponibilità alla integrazione orizzontale di tutto il personale e di tutti i dirigenti;
- la programmabilità di una alta percentuale di attività;
- una sufficiente dotazione di risorse.

In assenza di queste condizioni diventa probabile che i dipartimenti territoriali svolgano la funzione di staff e quindi si riducano ad una mera funzione di supporto alle attività di programmazione e verifica del vertice strategico.

Per converso, l'opzione strutturale, molto rassicurante sul piano formale, va sperimentata con profondo spirito laico in quanto potrebbe facilmente dar luogo, a maggior ragione in quanto ci troviamo in una organizzazione professionale, a condizioni organizzative critiche e disfunzionali per l'auspicato coordinamento dei servizi:

- endemica conflittualità per il comando della nuova struttura, in quanto detentrica di un maggior contenuto di potere rispetto alle singole organizzazioni preesistenti;
- peggioramento del clima organizzativo;
- resistenze da parte delle strutture delle organizzazioni preesistenti.

### **3.7. LA VALUTAZIONE DEL PSR E DEL SSR**

Il Piano sanitario regionale assume il terreno della valutazione come un aspetto fondamentale sia della sua articolazione interna che del più generale intervento per il riorientamento del SSR definendo i criteri:

- a) per la valutazione di processo e di esito;
- b) per la valutazione dell'attività dei direttori generali delle aziende sanitarie.

In sede di premessa occorre in primo luogo ricordare che la valutazione in Sanità ha le sue specificità, potendo mancare qualsiasi associazione tra i prodotti del sistema (costi e prestazioni) ed il loro risultato in termini di guadagno di salute, di riduzione dei rischi e di contenimento dei danni. Questo fa sì che la rilevazione dell'efficacia pratica rappresenti uno dei cardini fondamentali della valutazione cui si affiancano opportune rilevazioni rivolte:

- ai costi;
- all'efficienza (intesa come rapporto efficacia/costi);
- all'appropriatezza (tecnico - scientifica, gestionale e del clima organizzativo);
- della qualità percepita.

In secondo luogo occorre ricordare che la valutazione presuppone (sullo sfondo di una sostanziale invarianza del reale che è fuori dalla nostra portata e che è approssimabile solo grazie alla attenta considerazione degli input e dei principali scenari di medio periodo):

- una corretta definizione degli obiettivi, sia in termini di loro inequivoca identificazione, che in termini di loro effettiva condivisione ed assunzione da parte dell'organizzazione chiamata a raggiungerli;
- la coerenza tra obiettivi e strumenti disponibili per il loro raggiungimento.

Un ulteriore aspetto che riteniamo qui importante sottolineare riguarda l'effettiva utilizzabilità dei risultati della valutazione per chi prende decisioni: consistenti scarti temporali tra il periodo cui si riferiscono i fenomeni documentati e quello in cui opera il decisore rendono di fatto inutilizzati anche lavori valutativi eccellenti; è questo un fenomeno di certo amplificato da una sorta di furore



decisionale che ha pervaso, soprattutto negli anni passati il nostro Paese; nondimeno il problema esiste (in particolare anche per gli epidemiologi) e va risolto da parte di chi programma e mette in campo gli strumenti per la valutazione, invitandolo ad operare almeno in due direzioni:

- attuare tutte le ottimizzazioni possibili per mettere a disposizione metodologie caratterizzate da utili livelli di tempestività;
- puntare su interventi di cui sia nota a priori l'efficacia pratica; questa attitudine a valorizzare l'evidenza riveste per il SSR un ovvio valore generale ma risulta particolarmente utile in ambiti operativi in cui spesso i tempi sono così ristretti da costringere a prendere in considerazione la sola (o principalmente) adozione di atti ad efficacia/impatto provato.

Quindi il PSR sarà oggetto di valutazione da parte dell'Assessorato regionale alla Sanità sia in itinere che al termine del triennio di vigenza del Piano stesso. Ciò deriva dalla necessità di verificare sia l'avvio dei processi previsti per il raggiungimento degli obiettivi, sia eventuali disallineamenti tra azioni, risorse e rispettivi risultati.

Quanto scaturirà da tale processo di valutazione diventerà, inoltre, punto di partenza, insieme agli esiti della pianificazione assunti come *base-line*, per la scelta di obiettivi, azioni e responsabilità del successivo PSR.

### **3.7.1 Valutazione di processo**

La valutazione di processo sarà rivolta alla rilevazione della effettiva messa in opera delle azioni previste per il raggiungimento degli obiettivi dati, nonché il rispetto delle eventuali scadenze di medio periodo.

Al termine della vigenza del PSR si effettuerà invece un'analisi di processo retrospettiva che rappresenterà una verifica della congruità di azioni, strumenti, tempi e risorse rispetto agli obiettivi prefissati.

Le aree soggette alla valutazione di processo sono così distinte:

a) Area degli interventi sui macro assetti organizzativi:

- riorganizzazione ospedaliera, con particolare attenzione agli aspetti applicativi della DCR 311/97, all'attivazione del sistema per l'emergenza ed agli interventi sulle liste di attesa;
- organizzazione del nuovo distretto, con particolare attenzione a quanto riguarda l'integrazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

b) Area delle azioni programmatiche e progetti - obiettivo, dove saranno monitorati i passaggi indicati sia negli atti di indirizzo programmatico generale allegati al presente PSR che in quelli da varare entro il 30/6/1999.

L'Assessorato regionale metterà a punto per ciascuna delle suddette aree una sintetica lista di indicatori (dotati delle caratteristiche ricordate in premessa), con le relative *base-line*, utili a rilevare il conseguimento delle azioni previste dal PSR.

Inoltre saranno stabilite, in forma concordata con le Aziende Sanitarie, le quote percentuali di correzione di quei valori che non rispettano gli standard previsti.

Tutto ciò potrà entrare a far parte della programmazione annuale delle aziende sanitarie, prevedendo collegamenti tra il raggiungimento degli obiettivi ed i *budget assegnati*.

In caso di azione non realizzata verranno attivati approfondimenti specifici al fine di acquisire elementi di conoscenza sulle caratteristiche degli ostacoli incontrati dalla programmazione attuativa.

### **3.7.2 Valutazione degli esiti**

Con essa si farà il punto, alle scadenze previste nel PSR, sul raggiungimento degli obiettivi di salute e di riordino dei servizi, utilizzando per la socializzazione dei risultati distinte relazioni sullo stato di salute e sullo stato dei servizi sanitari.

Nello specifico si prevede di realizzare entro il 1999 le prime due relazioni che faranno il punto sulla situazione di partenza (riportando verosimilmente dati e condizioni organizzative relativi al periodo 1997 e 1998), mentre una riedizione nel 2001 punterà a rilevare i cambiamenti intervenuti.

Per la valutazione dello stato di salute, anche in relazione agli obiettivi assunti dal Piano Sanitario nazionale, si utilizzeranno, oltre agli archivi regionali, i dati forniti dall'ISTAT o da altri istituti di ricerca (es. Istituto Nazionale della Nutrizione).

Per quanto riguarda la valutazione dello stato dei servizi l'attenzione si concentrerà non solo sui parametri di efficienza degli stessi, ma anche sui criteri di determinazione e sulla rilevazione dell'appropriatezza e della qualità percepita.

Rientra nella valutazione di esito la verifica di equità del sistema dei servizi, rappresentata dalla definizione di alcuni indicatori specifici che rileveranno:

- l'equità di accesso ed utilizzazione dei servizi;
- l'equità nella qualità dell'assistenza prestata.

Questo permetterà di evidenziare squilibri nell'offerta dei servizi fra le diverse aree territoriali regionali, oltre che da un punto di vista della presenza sul territorio o della loro giusta collocazione (baricentricità), anche nel senso della loro funzionalità e qualità.

### **3.7.3 Criteri per la valutazione dei direttori generali**

La legge 17 ottobre 1994, n. 590 dispone che la Regione provveda alla verifica dei risultati amministrativi e di gestione ottenuti dai Direttori generali delle Aziende sanitarie, trascorso un anno dalla loro nomina.

In esito a tale verifica la Regione procede alla conferma dell'incarico o alla risoluzione del relativo contratto.

La norma viene ripresa dalla LR n. 3/98 che all'art. 12, prevede la verifica dei Direttori generali, oltre che alla scadenza del primo anno, anche al termine dei successivi due anni, agganciandola agli indirizzi ed agli obiettivi fissati nel Piano sanitario regionale e negli altri atti di indirizzo emanati dalla Regione.

La verifica dei Direttori generali alle scadenze sopraindicate si pone ovviamente come momento di valutazione degli stessi da parte della Giunta regionale, al fine di assumere le relative determinazioni sulla prosecuzione del rapporto di lavoro con essi instaurato.

Ma alla verifica va senz'altro attribuito il significato di importante strumento a disposizione della Regione per l'effettivo governo del sistema sanitario regionale.

In tal senso è evidente che l'individuazione degli obiettivi da assegnare ai Direttori, ai fini della successiva verifica, debba, come prevede del resto la norma, essere coerente con gli indirizzi previsti negli atti regionali di programmazione, in primo luogo il PSR.

Al tempo stesso, riguardando la verifica un arco temporale ben definito e limitato, occorre che, da parte della Giunta regionale, vengano esplicitate le priorità politico-programmatiche da tradurre in obiettivi, il più possibile definiti e misurabili, da assegnare ai Direttori per il periodo temporale di riferimento.

Gli obiettivi da fissare, dovranno riguardare tematiche di ordine gestionale e di sostenibilità economico-finanziaria, ma anche riferirsi a finalità di miglioramento dell'assistenza erogata.

Essi dovranno, inoltre, certamente recepire le esigenze derivanti dalle problematiche in essere di maggior evidenza ed urgenza, ma anche riguardare il raggiungimento di tappe intermedie inserite in processi di riforma e miglioramento di medio-lungo periodo.

Con riferimento più specificatamente alle scelte portanti del Piano, andranno adeguatamente tradotti in obiettivi misurabili e quindi verificabili gli indirizzi relativi alla distrettualizzazione, alla deospedalizzazione ed al potenziamento della attività di prevenzione .

Andrà altresì attribuito adeguato rilievo a quegli obiettivi e comportamenti gestionali che recepiscono adeguatamente quelli che sono gli elementi portanti del mandato sociale che deve essere svolto dalle Aziende sanitarie regionali.

Quindi particolare attenzione dovrà essere rivolta alle tematiche della prevenzione degli infortuni sui luoghi di lavoro in particolare per il rispetto delle norme di sicurezza . Alla completa attuazione del sistema della emergenza-urgenza, da valorizzarsi anche in relazione alle ricadute positive che la sua piena operatività potrà avere sulla razionalizzazione della rete ospedaliera .

Le direzioni aziendali, infine, nella loro azione di governo, dovranno cogliere quelle opportunità che potranno derivare dal seguire il metodo della concertazione con le rappresentanze degli operatori, nonché dall'instaurare relazioni positive con i soggetti portatori dei diritti e degli interessi dei cittadini in quanto utenti del servizio sanitario regionale.

#### **4. LA GESTIONE DELLA SANITA'**

## 4.1. IL DISTRETTO

I distretti, che sul piano dei principi vengono riconosciuti come ambiti privilegiati per l'esercizio della ricomposizione dell'offerta e per l'orientamento ed il governo della domanda, trovano difficoltà ad assumere tale ruolo risultando, sino ad ora, ridotti per lo più ad esercitare quello di erogatori di prestazioni la cui responsabilità resta presso altre unità organizzative.

Un processo di distrettualizzazione che vada nella direzione attesa, anche in conformità con quanto già indicato dal D.Lgs. n. 502/92 e dal Piano Sanitario Nazionale, sollecita l'individuazione di chiare leve di responsabilità organizzative ed economico finanziarie, e di forme di collegamento con i Comuni che lo rendano strutturalmente credibile, verificabile ed adattabile flessibilmente alle situazioni di diversa complessità delle realtà locali.

Nella nostra Regione si aprono opportunità per guidare, sulla base della valutazione delle esperienze maturate in ambito regionale e nazionale, un processo, anche a carattere sperimentale, di messa a punto di rinnovati assetti organizzativi e funzionali, maggiormente rispondenti ad identificare i distretti quali vere articolazioni organizzative e funzionali delle Aziende USL.

### 4.1.1. I problemi

I punti critici del sistema organizzativo delle Unità Sanitarie Locali che hanno ostacolato l'affermazione del distretto vanno tenuti presenti ed evitati per promuoverne una praticabile centralità. In particolare:

1. l'impianto organizzativo delle precedenti USL è stato in generale sostanzialmente mantenuto dalle nuove Aziende sanitarie: un'articolazione organizzativa per linee verticali di competenza orientate su materie o discipline, con una corrispondente afferenza gerarchica di responsabilità e risorse. Tale impianto organizzativo ha confinato il distretto in un ruolo di coordinamento che, rispetto a risorse e responsabilità che afferivano ad altri centri di responsabilità, non poteva che risultare debole e rimanere sul piano dei principi o su parziali e occasionali contesti di praticabilità;
2. l'impostazione organizzativa per competenze settoriali ha:
  - sostenuto un orientamento di gestione focalizzato sull'offerta;
  - limitato all'offerta di servizi del proprio settore la valutazione dei risultati, confidando unicamente nella responsabilità di vertice per la valutazione su aree complessive e finali di domanda e risultati;
  - lasciato all'utente l'onere della ricomposizione di un'offerta settoriale;
  - comportato troppa distanza fra i livelli di erogazione e di decisione e non ha valorizzato così la verifica dell'offerta in relazione all'analisi della domanda;
  - comportato una sostanziale confusione fra livello strategico e operativo, ostacolando pertanto le potenzialità della pianificazione strategica e del controllo;
3. l'allocazione delle risorse per competenze settoriali distinte:
  - non ha incoraggiato le potenzialità di integrazione delle stesse;
  - non ha responsabilizzato le unità operative territoriali sulla spesa;
  - non ha inciso sul governo della spesa in termini di riconversione delle risorse perché legato sostanzialmente a rispondere alle richieste di bilancio delle linee settoriali consolidate;
  - ha operato sul controllo della spesa con i tagli indispensabili per il rispetto del bilancio, a tutto inevitabile vantaggio delle strutture storicamente più consolidate e degli ospedali in particolare;
  - ha utilizzato sostanzialmente dati di attività e non di risultato.

#### **4.1.2. La centralità del distretto**

Nella realtà umbra la distrettualizzazione ha consentito comunque un importante processo di decentramento dei servizi territoriali che ha favorito l'accessibilità dei cittadini a prestazioni e informazioni e che ha garantito, anche se non secondo i livelli attesi, la continuità e l'uniformità territoriale di interventi qualificanti l'assistenza sanitaria di base.

I risultati di tale processo e gli elementi organizzativi che li hanno consentiti non vengono né cancellati né sottovalutati dalla nuova dimensione che il distretto assume; nuova dimensione che fa del distretto l'elemento chiave della organizzazione sanitaria per il governo della salute, per il controllo della spesa e dell'efficacia delle prestazioni. Si aprono a tal riguardo nuove centralità del distretto:

- il cittadino che, con i suoi bisogni, dà l'avvio all'opera del servizio ed alla valutazione finale di qualità;
- il medico di medicina generale che riacquista nel distretto il ruolo di operatore di sanità pubblica, che promuove l'interpretazione dei bisogni del cittadino e la qualificazione della domanda indirizzandola verso risposte integrate, anche in un'ottica di deospedalizzazione, e che detiene tutta la storia sanitaria individuale;
- la continuità assistenziale che garantisce la ricomposizione dello stato di salute individuale e collettivo, coinvolgendo a pari grado il medico di medicina generale e tutti gli altri operatori del distretto;
- la prevenzione che deve superare i momenti burocratici di vigilanza e di adempimenti legislativi, per aprirsi alle proprie attività di servizio alla popolazione, di valutazione epidemiologica, di promozione della salute, di prevenzione primaria e secondaria.

#### **4.1.3. Gli obiettivi**

##### ***Gli obiettivi generali***

Per perseguire la finalità complessiva del miglioramento della capacità di governo della domanda da parte delle Aziende USL, i distretti sono considerati quali articolazioni chiave delle decisioni e attività volte alla trasformazione del Servizio Sanitario Regionale.

Attraverso l'implementazione di strumenti e di meccanismi operativi e gestionali propri dei sistemi di programmazione e controllo, essi devono essere messi nella condizione di:

avvicinare le distanze fra i momenti di erogazione e quelli di decisione;

ricomporre, a favore del cittadino, il binomio domanda/offerta;

spostare risorse dall'ospedale al territorio;

costruire attori (operatori della rete dei servizi territoriali, compresi i medici di medicina generale) in grado di influenzare positivamente i meccanismi di governo, appropriandosi di adeguati livelli di responsabilità;

migliorare le proprie capacità programmatiche, ponendo sotto controllo la spesa e contestualmente l'efficacia degli interventi, per livello globale e per processo/servizio, allo scopo di operare scelte manageriali consapevoli, basate anche su un ottimale utilizzo delle risorse economiche a disposizione.

##### ***Gli obiettivi specifici***

Qualificare, nel triennio, la domanda sanitaria espressa dai medici prescrittori che operano nel distretto, all'interno delle linee di riferimento per la buona utilizzazione delle risorse del SSR.

Integrare, nel triennio, le risposte assistenziali fornite ai cittadini almeno per quanto riguarda i servizi coinvolti nell'assistenza agli anziani, alle gestanti, ai minori.

Attivare, nel triennio, protocolli di accordo tra distretto ed Enti Locali per la valutazione della adeguatezza della risposta socio-sanitaria ai bisogni di salute del territorio, almeno nel 50% delle situazioni.

Elevare, nel triennio, la quota di risorse destinate all'assistenza distrettuale a non meno del 50% del Fondo Sanitario Regionale.

#### **4.1.4. La gestione dell'assistenza territoriale**

Con la legge regionale di riordino il distretto acquisisce le condizioni essenziali per divenire il perno della gestione dell'assistenza territoriale in quanto:

è l'articolazione organizzativa dell'Azienda Sanitaria per la gestione del complesso delle attività dell'assistenza territoriale: promozione della salute, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;

assume un ambito territoriale di più ampie dimensioni per consentire di superare la massa critica di risorse al disotto della quale l'assistenza territoriale perde di incisività ed efficacia e vengono meno le condizioni per sostanziarlo quale soggetto credibile ed efficace per la negoziazione con la direzione aziendale e per l'interlocuzione con il sistema del governo locale;

ha la responsabilità del conseguimento degli obiettivi aziendali e dei risultati ottenuti;

viene ad avere un'autonomia gestionale garantita dall'assegnazione di risorse e dalla responsabilizzazione sulle stesse;

con la costituzione dell'Assemblea dei Sindaci evita i possibili rischi di autoreferenzialità del sistema sanitario e apre spazi per un'integrazione di risorse. Si crea inoltre il contesto favorevole per l'integrazione tra i servizi sanitari e quelli socio-assistenziali, e per un reciproco vantaggioso raccordo su problemi ambientali che sono essenziali alla prevenzione e che sono governati e/o gestiti dal governo locale.

#### **4.1.5. Gli ambiti territoriali**

Gli ambiti territoriali sono derivabili dalla L.R.3/98 che prevede una dimensione decisamente più ampia di quella storicamente definita con i precedenti PSR, al fine di garantire una presenza qualificata e integrata di servizi e di operatori, nonché adeguata a garantire la continuità assistenziale e una ricomposizione sul territorio degli interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, coerente con la globalità dei bisogni individuali e collettivi.

Ambiti territoriali più ampi caratterizzano il distretto come soggetto di negoziazione con l'U.S.L. ed inoltre consentono un rinnovato recupero della partecipazione degli Enti locali nella programmazione territoriale.

Il distretto infatti, con un'adeguata dotazione di risorse e con funzioni di responsabilità della salute della popolazione di riferimento, rappresenta un interlocutore credibile degli Enti Locali per i problemi e le scelte territoriali.

Gli Enti Locali, d'altra parte, attraverso l'Assemblea dei Sindaci, possono recuperare nel distretto un più efficace ruolo di partecipazione nella programmazione sanitaria locale. Tale ruolo risulterebbe, infatti, di minore incisività se lasciato solo alla Conferenza dei Sindaci, o impraticabile se relegato nei singoli piccoli Comuni.

Lo standard demografico di 30.000 abitanti stabilito dalla legge regionale è da intendere pertanto solo come minimo e le deroghe debbono considerarsi straordinarie.

Nei Comuni con più di 60.000 abitanti risulta più opportuno realizzare un distretto unico.

La pluralità delle attuali sedi distrettuali e le relative équipe di operatori vanno considerate come servizi del distretto per l'erogazione di prestazioni e per il raccordo operativo con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta su aree territoriali del distretto stesso.

La conferma e/o la revisione dell'attuale rete territoriale di sedi, équipe e responsabilità, sarà compito del Responsabile del distretto, d'intesa con l'Assemblea distrettuale dei Sindaci e definirà l'istituzione dei Centri di Salute nell'ambito territoriale del distretto stesso.

Per tale compito si debbono osservare i seguenti criteri di riferimento:

1. l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse. Il decentramento delle risorse, se sbilanciato, rispetto all'entità delle stesse, verso un'eccessiva frammentazione, limita le possibilità di offerta in servizi e/o la continuità degli stessi sul territorio e rende sotto utilizzata la responsabilità di gestione delle strutture;
2. l'individuazione dei livelli di decentramento più ottimali delle attività al fine di evitare il sotto utilizzo dell'offerta di alcune prestazioni inopportuno troppo decentrate, a scapito della disponibilità o della fruibilità di altre;
3. la tendenza a raggiungere uniformità territoriale nell'offerta dei servizi.

#### **4.1.6. Le attività**

Quale articolazione organizzativa territoriale dell'Azienda, il distretto deve realizzare un elevato livello di integrazione fra i diversi servizi che erogano prestazioni sanitarie e tra questi e i servizi socio-assistenziali, in modo da consentire una risposta coordinata, appropriata e continuativa ai bisogni della popolazione, nonché sinergie con gli Enti Locali.

Nel distretto si deve altresì realizzare l'integrazione dell'area di offerta dei servizi dell'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di lavoro con quelli dell'assistenza sanitaria di base, al fine di ricomporre e potenziare, su progetti territoriali coerenti con la programmazione aziendale, i rispettivi ambiti di prevenzione e di promozione della salute, oltre che favorire un coinvolgimento mirato dei settori non sanitari sugli interventi da attuare.

Le aree di offerta dell'assistenza distrettuale comprendono pertanto anche quella dell'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro coprendo i seguenti livelli essenziali di assistenza:

Assistenza sanitaria di base

Assistenza farmaceutica

Assistenza specialistica ambulatoriale

Assistenza territoriale e semiresidenziale

Assistenza residenziale sanitaria

Profilassi delle malattie infettive e diffuse

Tutela dei rischi connessi agli ambienti di vita e lavoro

Sanità pubblica veterinaria

Tutela igienico sanitaria degli alimenti.

Per la precisazione delle attività e delle prestazioni ricomprese nei singoli livelli di assistenza di cui sopra si rinvia a quanto indicato dal PSN 1994-96.



#### 4.1.7. Il Medico di Medicina Generale

Il medico di medicina generale si pone, all'interno del distretto, come attore fondamentale di un processo finalizzato a riorientare l'accesso alle prestazioni attraverso azioni di filtro della domanda impropria, corrispondente alle prestazioni inutili e superflue e a quelle indotte da meccanismi autoreferenziali dell'offerta e della domanda incongrua, orientato alla individuazione delle risposte assistenziali più appropriate ai problemi di salute effettivamente rilevati, in modo tale da evitare il ricorso ai regimi ed ai livelli assistenziali a maggior costo.

E' evidente che un ruolo siffatto può essere adeguatamente svolto solo laddove siano garantite condizioni preliminari riconducibili a:

1. l'attivazione di strumenti efficaci per la valutazione della domanda;
2. una riorganizzazione dell'offerta che renda disponibili soluzioni diversificate e flessibili, atte a aderire ai percorsi di volta in volta ritenuti più congrui;
3. la messa a punto di adeguati meccanismi di responsabilizzazione e di incentivazione dei prescrittori rispetto ai risultati conseguiti.

Grandi opportunità sono offerte, per quest'ultimo aspetto, dall'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale.

Tra gli strumenti messi a disposizione dall'accordo assume una particolare rilevanza, per la diretta funzionalità che può esprimere rispetto al perseguimento degli obiettivi della programmazione, la parte relativa alla quota variabile della retribuzione del medico di medicina generale finalizzata al rispetto dei tetti di spesa programmata.

L'accordo prevede, in altri termini, la possibilità di incrementare la retribuzione del medico in relazione al grado di coerenza dei suoi comportamenti prescrittivi con i risultati attesi sul versante del governo della domanda, misurati, tra l'altro, in riferimento alla spesa indotta.

Allo stato attuale è stata avviata una parziale sperimentazione limitatamente alla spesa per l'assistenza farmaceutica. Anche sulla base delle opportune correzioni che vengono suggerite dal bilancio di questa prima esperienza, è possibile prevedere di:

- A. vincolare l'accesso al regime delle quote retributive variabili alla costituzione di associazioni tra medici, nella considerazione che è possibile porre in essere azioni efficaci solo in presenza di un bacino di assistiti sufficientemente esteso;
- B. estendere il regime di incentivazione dei comportamenti prescrittivi dei medici, in aggiunta a quanto già previsto per il contenimento della spesa farmaceutica, anche al consumo, per ciascun assistito, di giornate di degenza e di prestazioni specialistiche, in aderenza a protocolli diagnostico-terapeutici predeterminati e rivolti a regolare il comportamento del complesso dei servizi aziendali.

Queste considerazioni fanno concludere che per favorire l'opera del medico di medicina generale è necessario:

- a) promuovere l'organizzazione del lavoro di gruppo fra medici di medicina generale a livello di ogni singolo distretto;
- b) stimolare l'aggiornamento e la formazione permanente;
- c) ridefinire le norme che regolano i rapporti con il personale dipendente e con il personale convenzionato (cooperative, volontariato, ecc.), con le Aziende ;
- d) migliorare i servizi specialistici di secondo livello che devono essere in grado di offrire una risposta adeguata e tempestiva ;
- e) prevedere all'interno del budget del distretto un'assegnazione di obiettivi per il governo della spesa a gruppi associati di medici.

Per quanto riguarda l'inserimento del medico di medicina generale nell'attività del distretto questo si realizza in forme di lavoro organizzate a rete con gli altri professionisti del distretto e degli altri servizi territoriali ed ospedalieri, prevedendo che lo stesso dedichi un congruo numero di ore settimanali ad attività del distretto o da esso coordinate.

Saranno così sviluppate forme di lavoro in cui i gruppi di medici di medicina generale condividano obiettivi e programmi oltre alla sede, alle tecnologie, al personale di supporto, nella considerazione che è possibile porre in essere azioni efficaci solo in presenza di un bacino di assistiti sufficientemente esteso, favorendo la piena partecipazione alla vita del distretto, un maggior coordinamento con la molteplicità dei servizi sanitari, fasce orarie di apertura degli ambulatori più ampie, l'adozione comune di protocolli di diagnosi e cura avvalorati sul piano dell'efficacia.

Tali forme di organizzazione dei medici di medicina generale saranno incentivate sulla base del grado di raggiungimento di obiettivi chiari e misurabili.

E' prevista, infine, la costituzione a livello regionale di un archivio dati inerenti la Medicina Generale che consenta l'acquisizione dei dati degli assistiti in relazione a prestazioni specialistiche, ricoveri ospedalieri e prescrizioni farmaceutiche, che insieme ai dati di altri settori permettano un reale governo della spesa.

#### **4.1.8. Il ruolo degli attori**

Spetta alla Regione promuovere la piena adozione del modello delineato, attraverso:

- l'emanazione di indirizzi e linee guida, con la calendarizzazione delle relative fasi di attuazione;
- il monitoraggio e la verifica delle gestioni aziendali;
- la programmazione e l'attuazione delle azioni formative di particolare rilevanza strategica (formazione orientata alla qualità).

Spettano alle direzioni aziendali i compiti di attuazione e di arricchimento degli indirizzi di programmazione.

Spettano al Comune:

- la tutela dei cittadini nel loro diritto alla promozione ed alla difesa della salute e lo svolgimento delle funzioni relative alla tutela dell'ambiente di vita, avvalendosi delle strutture di prevenzione delle aziende USL e dell'ARPA.
- il perseguimento di obiettivi di integrazione tra i servizi socio assistenziali e quelli sanitari;
- la presentazione alle Aziende sanitarie regionali ed alla Giunta regionale di osservazioni e proposte per la salvaguardia dei diritti e della dignità dei propri cittadini, nonché per il miglioramento delle condizioni di erogazione delle prestazioni sanitarie;
- la partecipazione alle attività della Conferenza dei Sindaci per esercitare le prerogative previste dall'art. 5 della L.R. 3/98.

Spetta alle organizzazioni sindacali il ruolo:

- di concorrere alla definizione degli strumenti di programmazione ed alle fasi del monitoraggio e della verifica;
- di negoziare tutti gli effetti sul rapporto di lavoro implicati dall'attuazione del modello.

Spetta agli Ordini professionali vigilare sul decoro dell'esercizio della professione.

#### **4.1.9. L'organizzazione dei Servizi distrettuali ed il Centro di Salute**

In ciascun distretto devono essere garantiti i livelli di assistenza sopra indicati. L'espletamento delle attività connesse a tali livelli sarà effettuato da parte di articolazioni organizzative dedicate al singolo territorio distrettuale o a più distretti; in quest'ultimo caso le Direzioni generali nell'ambito della definizione del budget di distretto attribuiscono un fondo alle attività sovradistrettuali.

Tale articolazione verrà definita dalle USL tenendo conto dell'ampiezza territoriale e demografica dei distretti e con l'obiettivo di garantire ai cittadini uguaglianza di accessibilità alle prestazioni. Di seguito si indicano i gradi di decentramento delle attività riferite ai livelli essenziali di assistenza, considerando:

- A. alto grado di decentrabilità
- B. moderato grado di decentrabilità
- C. non decentrabili

<b>- Attività:</b>	<b>Grado di decentrabilità</b>
• Assistenza sanitaria di base	A
- Assistenza farmaceutica	B
• Assistenza specialistica semiresidenziale e territoriale	A/B/C
- Assistenza specialistica ambulatoriale	A/B
- Assistenza domiciliare	A
- Attività di consultorio materno infantile	A/B
- Assistenza tossicodipendenze mediante SERT	C
- Assistenza alcolodipendenza mediante GOAT	C
- Assistenza psichiatrica territoriale mediante CIM	B
- Assistenza psichiatrica in regime semiresidenziale	C
- Assistenza riabilitativa territoriale	B/C
- Assistenza ambulatoriale	B
- Assistenza semiresidenziale	C
- Assistenza ex art. 26 della legge 833/78	C
- Assistenza protesica	C
- Prestazioni idrotermali	B/C
- Assistenza integrativa	A/B
• Assistenza residenziale territoriale	C
• Educazione alla salute	A
• Profilassi delle malattie infettive e diffuse	C
ad eccezione:	
- delle vaccinazioni obbligatorie e delle campagne preventive	A
- del controllo delle malattie infettive e bonifica dei focolai	A/B
- delle certificazioni sanitarie	A/B
• Tutela dai rischi connessi all'inquinamento ambientale	C
• Tutela dai rischi connessi agli ambienti di vita e lavoro	C
ad eccezione:	
- della promozione della salute dei minori in ambiente scolastico	A
• Sanità pubblica veterinaria	C
• Tutela igienico sanitaria degli alimenti	C
- Controllo alimentaristi	A

## Servizi

L'espletamento delle attività classificate A (alto grado di decentrabilità), viene assicurato in più Centri di salute nel territorio distrettuale.

Il **Centro di Salute** svolge le seguenti attività comprese nel livello A (alto grado di decentrabilità con popolazione minima 10.000 e massima 30.000):

- area della promozione, della prevenzione primaria e secondaria e dell'educazione alla salute.
- area dell'assistenza di tipo primario.
- area del consultorio familiare.
- area della assistenza domiciliare e della ospedalità domiciliare.
- attività coordinata con le RSA e Case Anziani insistenti nel territorio del distretto.
- area della diagnostica strumentale organizzata sulla base di sinergie distrettuali.
- area della specialistica ambulatoriale.
- area della medicina legale e certificativa.
- area sociale.
- area amministrativa.

Il Centro si articola nel territorio al fine di favorire l'accessibilità al ventaglio di attività sopra elencate.

Si indicano, quali riferimenti demografici del Centro di salute almeno 10.000 abitanti per le zone periferiche e non più di 30.000 abitanti per le zone urbane. Si può derogare ai riferimenti demografici del Centro di salute potendo quest'ultimo essere previsto in Comuni con meno di 10.000 abitanti qualora esistano oggettivi dati territoriali e/o sociali che determinino esigenze particolari e in relazione ad una massa critica minima di servizi effettivamente erogati.

L'espletamento delle attività classificate B (moderato grado di decentrabilità) viene assicurato in servizi, in una o più sedi, rapportabili di norma a 40- 60.000 abitanti.

Per l'espletamento delle attività classificate C (non decentrabili) vanno organizzati servizi che operano in sedi accentrate e che prevedono accessi degli operatori nel territorio distrettuale, o accessi dell'utenza presso la sede del servizio, a seconda della natura delle attività.

Per l'assistenza psichiatrica territoriale si richiama, nelle more di apposite linee guida regionali, quanto previsto dalla Delibera del Consiglio Regionale del 7/7/97 n. 372 (Piano regionale di riorganizzazione dei servizi e delle attività di tutela della salute mentale), nel merito dei Centri di Salute Mentale (CSM).

In coerenza con l'obiettivo chiave del Piano Sanitario Regionale di spostare risorse dall'assistenza ospedaliera all'assistenza territoriale, è opportuno privilegiare le attività di prevenzione con particolare riguardo alla tutela della salute nei luoghi di vita e di lavoro.

La novità più rilevante introdotta dal D.L.gs 626/94 è rappresentata dall'obbligo di "valutazione del rischio" intesa come il procedimento attraverso il quale il datore di lavoro provvede ad individuare i rischi professionali, a valutarli e a definire le misure di prevenzione e protezione più idonee.

Di conseguenza l'Azienda Sanitaria ha il compito di vigilare e controllare l'applicazione della normativa da parte del datore di lavoro, di coordinare gli interventi di prevenzione e sicurezza nonché il compito di supervisione epidemiologica dell'esposizione al rischio.

In tale contesto vanno quindi individuati ruoli e responsabilità dei vari professionisti sanitari e non sanitari coinvolti nella tutela della sicurezza nei luoghi di lavoro.

Nell'ambito della quota di risorse riservata alla prevenzione, pari al 6%, le Aziende sanitarie sono tenute a realizzare le seguenti azioni:

- progetti ed interventi finalizzati all'attuazione del D.Lgs 626/94, incrementando e migliorando le attività di vigilanza e controllo e rinsaldando il rapporto con i Comuni, anche per quanto riguarda le segnalazioni dell'avvio delle attività produttive, e con le organizzazioni dei lavoratori;
- ridefinizione delle dotazioni organiche, potenziamento della dotazione strumentale ed adeguamento del sistema informativo nel suddetto ambito con la messa in rete a livello regionale dei vari servizi di prevenzione e sicurezza;
- promozione di specifiche attività formative rivolte sia agli operatori del SSR, sia alle rappresentanze delle forze sociali impegnate sulla sicurezza nei luoghi di lavoro;
- sviluppo di specifiche attività di educazione sanitaria fin dall'età scolare.

La realizzazione di quanto sopra elencato costituirà criterio di valutazione dell'attività dei Direttori Generali.

Con deliberazioni della Giunta Regionale rispettivamente n. 8001 del 18.11.92 e n. 4845 del 20.12.96 la Regione ha approvato e fornito alle Aziende USL linee metodologiche e organizzative da adottare sul territorio regionale per l'avvio degli screening organizzati su chiamata attiva per i tumori della cervice uterina (target donne dai 25 ai 64 anni) e della mammella (target donne dai 50 ai 69 anni).

L'evidenza di efficacia dei due screening in termini sia di riduzione di mortalità sia di incidenza della malattia è riconfermata anche dalla linea guida del Ministero della Sanità 1 giugno 1996, che costituisce riferimento obbligato per le indicazioni che fornisce riguardo alla conduzione degli screening in argomento.

Con deliberazione della Giunta Regionale n. 4241 del 30.6.97 è stata approvata una linea di finanziamento a destinazione vincolata per gli anni 97-98-99 per accelerare i tempi di attuazione dei programmi di screening su tutto il territorio regionale e sostenerli nella fase di consolidamento.

E' stata contestualmente affidata alla Agenzia SEDES una campagna di informazione e sensibilizzazione per promuovere l'accesso delle donne ai programmi di screening; sarà pronta a partire dal settembre 1998.

Nella D.G.R. n. 4241/97 è stato fissato come termine ultimo il 30 giugno 99 per l'avvio di tutti e due gli screening su tutto il territorio regionale da parte delle Aziende USL.

In ogni caso l'erogazione dei finanziamenti '99 sarà subordinata all'effettivo avvio dei programmi che verranno valutati nella loro qualità tramite indicatori di processo definiti a livello di coordinamento regionale.

L'avvio dei programmi e la loro qualità saranno inoltre inseriti tra gli indicatori per la valutazione dell'attività dei Direttori Generali.

Per le attività della assistenza sanitaria collettiva nell'ambiente di vita e di lavoro si richiama l'articolazione dei servizi indicata dal D.Lgs 502/92 per il Dipartimento di Prevenzione.

Per l'assistenza agli anziani non autosufficienti si confermano le scelte e le procedure disposte dalla D.C.R. 311/97 e recepite nei Piani attuativi locali delle Aziende USL; in particolare:

- l'adeguamento da parte di ogni USL dei posti di RSA e Residenza protetta;
- l'eliminazione dei tempi di attesa tra ospedale e RSA stabilizzando i flussi tra Direzioni sanitarie ed Unità di Valutazione Geriatrica;
- il potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata per consentire dimissioni programmate anche di tipo domiciliare.

Il numero dei posti letto da istituire attraverso interventi strutturali programmati entro il triennio 1999-2001 è riportato nella tabella seguente:

## POSTI LETTO PER ANZIANI IN RSA

<b>Aziende USL</b>	<b>Posti letto</b>
Azienda Usl 1	60
Azienda Usl 2	140*
Azienda Usl 3	90*
Azienda Usl 4	110*
<b>Totale</b>	<b>400</b>

*\*per una parte dei posti letto è previsto l'intervento ex art. 20 L. 67/88*

Nella nostra Regione è stata effettuata di recente una indagine sullo stato di salute della popolazione anziana ospitata nelle strutture residenziali umbre.

Il primo elemento che è emerso riguarda una sostanziale disapplicazione del Progetto Obiettivo Anziani, come formulato dalla L.R. 9/90 (2° PSSR), in quanto l'obiettivo del superamento della "Casa di Riposo" a beneficio di residenze più specializzate nei confronti dei bisogni dell'utenza (Residenza Comunitaria per autosufficienti e Residenza Protetta per non autosufficienti) non è avvenuto.

Pertanto le diverse strutture residenziali non hanno differenziato la loro offerta mantenendo gli stessi standard assistenziali precedenti.

Ciò da un lato, apparentemente, viene incontro al mutamento del bisogno assistenziale dell'anziano, che entrato come autosufficiente progressivamente subisce un aggravamento dello stato di salute e del grado di autonomia; dall'altro invece determina molto spesso in una inadeguatezza delle prestazioni assistenziali erogate per la carenza qualitativa e quantitativa di operatori dotati della necessaria professionalità.

Il progetto assistenziale per gli anziani del presente Piano Sanitario Regionale tende a porre ordine in questa materia definendo sia gli standard delle strutture residenziali (RSA e Residenze Protette) sia la tipologia di bisogno che in tali servizi può trovare soddisfazione.

Da un punto di vista quantitativo l'indagine svolta ha messo in evidenza che l'offerta di posti nelle strutture umbre (11 per mille ultrasessantacinquenni) si colloca alquanto al di sotto di quanto previsto dal Progetto Obiettivo Nazionale (20 per mille ultrasessantacinquenni).

Per il triennio in esame, sulla scorta dei dati di non autosufficienza rilevati negli ospiti delle residenze umbre, si ritiene congruo provvedere alla realizzazione di circa 400 posti in RSA ed in aggiunta almeno 1200 posti in Residenze Protette. Pertanto la distribuzione territoriale dei posti dovrà avvenire sulla base della popolazione ultrasessantacinquenne residente, prevedendo un rapporto 1/3 tra RSA e Residenze Protette. Tali soglie si applicano ovviamente alla popolazione residente, mentre non è possibile fare delle previsioni per l'utenza extraregionale che risulta significativamente presente nella nostra Regione.

Dal momento che, sulla base di quanto previsto dal D.P.R. 14/1/97, le Residenze Protette non sono contemplate nelle strutture "accreditabili" e nella quasi totalità sono strutture a conduzione privata si ritiene opportuno programmare per ciascuna USL il numero dei posti al servizio della popolazione residente.

L'Assessorato alla Sanità, inoltre, definisce, in stretta integrazione con il Piano Sociale Regionale, i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi per l'autorizzazione delle Residenze Protette, nonché le tariffe praticate e la relativa quota sanitaria di partecipazione.

Per quanto riguarda la realizzazione delle RSA sono da utilizzare in via prioritaria quelle sedi ospedaliere per le quali è prevista, nei Piani Attuativi Locali, la riconversione, come d'altronde si sta già attuando per gli ospedali di Passignano ed Umbertide relativamente alla riabilitazione,.

Per l'assistenza ai tossicodipendenti, compresa nel livello essenziale "Assistenza territoriale e semiresidenziale", si richiama il Decreto del Ministero della Sanità 30/11/90 n. 444.

Nel caso che l'ampiezza territoriale e demografica del distretto dovesse comportare una domanda inferiore rispetto a quella confacente ai criteri di economicità ed efficacia dell'organizzazione di un servizio distrettuale, in ogni distretto dovrà essere organizzata comunque una sede di accesso programmato alle prestazioni e tale sede potrà afferire al servizio di altro distretto. Tale organizzazione dovrà comunque ispirarsi ai seguenti principi:

- garantire omogeneità dell'intervento sia a livello organizzativo che operativo;
- tutelare la possibilità di utilizzo su tutto il territorio di personale specializzato su campi di intervento specifici.

#### **4.1.10. I meccanismi operativi e finanziari**

Deve essere promosso un processo che:

- si distacchi dalla logica della programmazione top down, per allacciarsi a quella della negoziazione degli obiettivi, all'interno di un'azienda-salute governata come sistema;
- persegua una maggiore soddisfazione dell'utente finale, predisponendo strumenti per la migliore regolamentazione dell'equilibrio fra domanda e offerta;
- realizzi strumenti innovativi per la previsione ed il controllo operativo delle attività e dei relativi costi complessivi di produzione, gestione, erogazione dei servizi, responsabilizzando chi dirige le strutture ad un ottimale utilizzo delle risorse a disposizione;
- rafforzi i rapporti istituzionali fra strutture sanitarie erogatrici di servizi e Enti Locali, migliorando la rete informativa fra i diversi servizi.

Una gestione manageriale e consapevole delle risorse assegnate richiede inoltre la realizzazione di un sistema di controllo economico-finanziario adeguato.

La contabilizzazione per fattori produttivi (personale, beni e servizi, utenze, manutenzioni, ecc.) ha già dimostrato largamente i suoi limiti: aree di intervento e servizi, tutti indistintamente dispersi nei costi dei fattori produttivi, sfuggono al monitoraggio e alla valorizzazione del loro operato e a qualunque reale possibilità di responsabilizzazione economica.

Con la contabilità per centri di costo il controllo della gestione è in grado di individuare la spesa complessiva del distretto, non solo per fattori produttivi ma anche per strutture e livelli di attività. Il monitoraggio della spesa, tuttavia, oltre agli strumenti che di per sé richiede, necessita dell'interpretazione dei dati in tempo reale per apportare i necessari correttivi sui diversi tetti di spesa programmati.

Il budget risulta ancor più confacente, del sistema precedente, al ruolo del distretto ed agli obiettivi strategici di orientare l'intera organizzazione sui risultati da conseguire e sulla responsabilizzazione economica.

Il budget di distretto è infatti un "patto" con la Direzione Aziendale concernente: gli obiettivi generali da perseguire, gli obiettivi operativi, le responsabilità e i contenuti delle stesse, il fabbisogno di risorse coerente con gli obiettivi, i meccanismi e gli strumenti di controllo. In tal senso il budget è un importante strumento di integrazione dell'organizzazione ed è in grado di supportare piani di azione interamente coerenti e fattibili.

Un modello di budgeting e reporting per processo, che inglobi in sé la logica tradizionale dei centri di costo, arricchendoli di altri punti di osservazione ed analisi, si configura quale sistema ideale di controllo economico-finanziario per il distretto. Esso presuppone il coinvolgimento e la negoziazione fra i diversi attori del distretto e presuppone, inoltre, flessibilità per essere adeguato prontamente ai mutamenti che intercorrono. In tal senso il budget di distretto è strumento di programmazione e controllo sia sotto il profilo operativo, sia sotto quello economico-finanziario, secondo una logica che favorisce l'assunzione di responsabilità e la pratica della negoziazione.

#### 4.1.11. II Responsabile del distretto

Data la pluralità dei servizi e delle attività del distretto, è necessario individuare nel responsabile del distretto un ruolo di chiara responsabilità e competenza per garantire i necessari livelli di integrazione utili a ricomporre l'offerta in una logica unitaria e complessiva di governo territoriale della domanda.

La responsabilità del distretto comporta:

- la predisposizione del Piano operativo delle attività distrettuali da sottoporre annualmente all'approvazione della Direzione Generale per definire, sulla base degli obiettivi e delle linee di indirizzo aziendali :
  - articolazione organizzativa del distretto;
  - livelli e modalità di integrazione;
  - modalità d'impiego delle risorse assegnate per il raggiungimento degli obiettivi di salute e di servizio prefissati;
- la formulazione del "budget" di distretto;
- l'allocazione nei servizi del personale assegnato al distretto;
- la gestione delle relazioni interne al distretto ed alla USL, nonché delle relazioni esterne con Enti ed organismi operanti sul territorio per i problemi che interessano la salute della collettività di riferimento.

Il Responsabile del distretto inoltre:

- A. gestisce i progetti e i programmi concordati in sede di budgeting con la Direzione Generale, attribuendo a sua volta, mediante negoziazione, ai centri di salute ed ai servizi distrettuali, obiettivi e risorse, concordando altresì appositi piani di lavoro;
- B. formula proposte alla Direzione Generale ai fini dell'adozione di atti deliberativi e di altri atti, di direttive, di progetti e criteri generali di organizzazione delle strutture operative;
- C. gestisce il personale e le risorse fisiche e strumentali assegnate al distretto svolgendo altresì funzioni di indirizzo, coordinamento e vigilanza per il personale assegnato ai servizi distrettuali;
- D. è garante degli orari di servizio e di apertura al pubblico sulla base delle specificità locali, delle indicazioni della Assemblea dei Sindaci e dei criteri generali approvati dalla Direzione Generale, previo esame con le OO.SS., secondo la normativa vigente;
- E. predispone le risposte ai rilievi degli Organi di controllo sugli atti di propria competenza e le richieste di pareri ad Organi interni ed esterni;
- F. è garante dell'attribuzione al personale operante in sede distrettuale dei trattamenti economici accessori (straordinari, incentivazione, rischio, indennità di missione, ecc.) nei limiti del budget assegnato e nel rispetto dei contratti di lavoro e dei limiti autorizzati;
- G. liquida le spese impegnate a bilancio di previsione, nei limiti autorizzati con atto del Direttore Generale;
- H. dà esecuzione, per quanto di competenza, agli atti adottati dal Direttore Generale;
- I. adotta gli adempimenti relativi alla gestione straordinaria del personale (es.: richiesta di assunzioni; concessione congedi; aspettative; mobilità in ambito distrettuale; ecc.);
- J. gestisce gli accordi locali con MMG, PLS, specialisti, le convenzioni con cooperative di servizio, associazioni volontariato ecc., nei limiti disposti dalla direzione aziendale;
- K. adotta le iniziative necessarie nei confronti del personale assegnato al distretto, in caso di violazione degli obblighi contrattuali, secondo la normativa vigente e la regolamentazione aziendale.

La responsabilità dei centri di salute e degli altri servizi distrettuali sarà attribuita dal Direttore Generale a dirigenti in organico con profilo professionale inerente i contenuti delle specifiche attività, secondo modalità stabilite dal regolamento aziendale ed in conformità con la normativa vigente. Inoltre, sulla base delle esigenze di programmazione ed attuazione di progetti di interesse



aziendale, potranno essere individuate responsabilità di "progetto" o di coordinamento di aree di offerta dell'assistenza.

Nel pieno rispetto dell'autonomia professionale, tutti i dirigenti Responsabili dei centri di salute e degli altri servizi distrettuali sono subordinati al Responsabile di distretto.

Le responsabilità dei centri di salute e degli altri servizi distrettuali comporta in particolare:

- a) la programmazione e l'organizzazione delle attività del servizio;
- b) la realizzazione dei piani di lavoro, con autonomia tecnico operativa;
- c) la gestione del personale assegnato;
- d) le proposte al Responsabile di distretto per l'acquisizione di beni e servizi;
- e) la gestione dei rapporti con i cittadini, gli enti, le organizzazioni, su problemi di competenza;
- f) la rilevazione, elaborazione, utilizzo dei dati e loro trasmissione al Responsabile del distretto.

Per la partecipazione alla definizione del Piano operativo distrettuale e per la verifica di realizzazione dello stesso, nonché per la negoziazione a livello distrettuale dell'assegnazione di risorse ai centri di salute e agli altri servizi, verrà costituito il Consiglio di distretto, composto da:

- il Responsabile del distretto;
- i Responsabili di tutti i centri di salute e servizi del distretto;
- il Responsabile del servizio infermieristico;
- due rappresentanti di medici di medicina generale operanti nel distretto;
- uno rappresentante dei pediatri di libera scelta operanti nel distretto;
- rappresentanti elettivi degli operatori presenti nel distretto, incluse la figura dell'assistente sanitaria vigilatrice.

Il Consiglio è presieduto dal Responsabile del distretto che ne assicura il funzionamento.

Le funzioni ed i compiti del Consiglio di distretto sono in particolare:

- formulare proposte per la definizione del budget e del Piano annuale delle attività distrettuali;
- verificare l'attuazione del Piano annuale della attività distrettuale;
- valutare l'efficacia, i costi, l'efficienza e la soddisfazione degli utenti relativamente alle attività svolte;
- definire i criteri per la gestione delle risorse assegnate al distretto e programmare i fabbisogni di risorse di personale e di dotazioni strumentali, valutando le priorità;
- definire i sistemi operativi finalizzati ad integrare le risposte dei singoli servizi ed i percorsi dei cittadini;
- proporre i piani di aggiornamento e di riqualificazione del personale;
- verificare l'adozione dei criteri e delle procedure tecniche definite dai dipartimenti e dai servizi di staff aziendale per assicurare la qualità delle prestazioni.

#### **4.1.12. Il distretto ed i dipartimenti territoriali**

I dipartimenti aziendali extraospedalieri (quelli previsti per legge e quelli che l'Azienda riterrà opportuno attivare per assicurare il coordinamento e l'omogeneizzazione di attività analoghe nell'intero territorio aziendale) non esercitano funzioni operative.

Hanno il compito di formulare proposte sulla programmazione sanitaria aziendale relativamente ai rispettivi settori di intervento e di coordinare sul piano tecnico-scientifico l'azione degli operatori mediante la predisposizione di indirizzi operativi, di standard di attività, di criteri valutativi e di interpretazioni applicative uniformi di norme tecniche.

In particolare i dipartimenti territoriali aziendali elaborano linee programmatiche e piani di attività per l'attuazione del mandato definito a livello nazionale, regionale e aziendale:

1. propongono progetti a obiettivi compatibili con le risorse;

2. definiscono risorse necessarie rispetto a obiettivi;
3. producono protocolli e procedure;
4. progettano la formazione;
5. producono strumenti per la verifica e il miglioramento della qualità;
6. producono strumenti per la valutazione dei risultati;
7. concorrono alla definizione del budget di distretto.

#### **4.1.13. L'integrazione socio-sanitaria**

La normativa regionale in materia sociale e sanitaria riafferma, agli art. 39 e 40 della L.R. 3/97 e all'art. 27 della L.R. 3/98 l'obiettivo di garantire e promuovere l'integrazione delle attività socio-assistenziali con quelle sanitarie e la gestione unitaria degli interventi.

La scelta regionale si inserisce in un contesto in cui dal versante istituzionale, del finanziamento e dei criteri di partecipazione alla spesa, esiste una separazione tra i comparti della sanità e dell'assistenza, tra il Comune e l'Azienda sanitaria, anche se all'individuazione della diversa competenza istituzionale e finanziaria non deve necessariamente corrispondere separazione gestionale.

A tal proposito è da rilevare che il D.Lgs 502/92, se ha prodotto una separazione giuridico istituzionale fra area sanitaria e sociale, ha ribadito i fondamentali principi ed obiettivi di integrazione dei servizi, unitarietà degli interventi, tutela dei cittadini.

All'integrazione resta pertanto affidata l'efficacia di tutta una serie di interventi assistenziali e la risposta di qualità rispetto alla complessità dei bisogni di salute della popolazione.

L'integrazione è l'obiettivo da salvaguardare rispetto alla problematicità introdotta dai nuovi assetti istituzionali ed organizzativi.

#### ***Aree ad elevata integrazione socio-sanitaria***

In alcune aree di intervento sono coinvolti sia aspetti sanitari che sociali perché fin dall'inizio tali aspetti risultano inseparabili o perché in alcune fasi dell'azione sanitaria si inseriscono problemi di natura sociale dalla cui soluzione dipende l'efficacia dell'intervento sanitario.

Esse sono aree ad elevata integrazione socio-sanitaria all'interno delle quali le problematiche si modificano nel corso del tempo, per l'evolversi delle condizioni dei soggetti seguiti o per il modificarsi del quadro epidemiologico. Tali aree riguardano (ai sensi dell'art. 31 della L. R 3/97): l'assistenza e la riabilitazione dei disabili e dei portatori di handicap; il recupero psico-fisico e risocializzazione dei malati mentali; il recupero psico-fisico e risocializzazione dei tossicodipendenti, alcolodipendenti e malati di AIDS; l'assistenza agli anziani parzialmente e totalmente non autosufficienti; l'assistenza psico-sociale alla maternità, all'infanzia e all'età evolutiva.

Le aree menzionate sono state individuate in relazione a diverse componenti quali:

- caratteristiche dell'utenza che evidenziano bisogni complessi e multidimensionali;
- caratteristiche dell'intervento che richiede un elevato livello di integrazione tra attività sociali e sanitarie nonché di assistenza tutelare;
- finalità legate in prevalenza ad obiettivi di natura socio-assistenziale e socio-riabilitativa;
- modalità di valutazione multidimensionale per l'accesso ai servizi ed alle prestazioni che richiede l'integrazione professionale fra comparto sanitario e sociale mediante Nuclei multidisciplinari di valutazione (Unità di valutazione geriatrica per i soggetti anziani; Unità multidisciplinare di valutazione per i disabili; équipe medico psico-sociale per malati di mente e tossicodipendenti/alcolisti; équipe consultoriale per donne e infanzia);
- approccio progettuale per ogni singolo soggetto sul quale si interviene.

### ***Definizione convenzionale degli interventi***

Nell'ambito della legislazione sanitaria e sociale si individuano tre tipologie di interventi che concorrono, in misura diversa all'interno delle aree indicate, al perseguimento di obiettivi di natura sociale, educativa e assistenziale, nonché di diagnosi, cura e riabilitazione e che convenzionalmente si possono così definire:

1. **Interventi socio-assistenziali:** sono quelli finalizzati al raggiungimento di obiettivi di natura sociale, educativa, assistenziale non collegati a condizioni patologiche e prepatologiche a rischio o ad alterazione permanente sia fisica che psichica. La competenza istituzionale e finanziaria è ascrivibile al comparto sociale degli Enti Locali. Tali interventi possono afferire alle aree ad elevata integrazione sanitaria al termine del percorso terapeutico o durante, per quegli aspetti di esclusivo carattere economico, abitativo o lavorativo e sono prevalenti nell'area infanzia ed età evolutiva.
2. **Interventi sanitari:** sono quelli finalizzati al raggiungimento di obiettivi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione individuati dal Piano Sanitario Nazionale e dal Piano Sanitario Regionale. La competenza istituzionale e finanziaria è ascrivibile al F.S.N..
3. **Interventi sociali a rilievo sanitario:** sono quelli finalizzati al raggiungimento di obiettivi di natura sociale, educativa, assistenziale atti a rimuovere o ridurre le condizioni di dipendenza derivate da stati patologici o pre-patologici a rischio o da menomazione permanente sia fisica che psichica. Gli interventi sociali a rilievo sanitario sono definibili solo attraverso l'integrazione tra attività sociali e sanitarie, in quanto sia la componente sanitaria che la componente sociale sono presenti in misura variabile in relazione ai diversi livelli di intensità assistenziale. Di norma vengono svolti in forma integrata; se ciò conferisce ai servizi qualità ed efficacia, non consente sempre di superare le incertezze in ordine alla competenza finanziaria. Infatti pur richiedendo personale e modalità di intervento propri dei servizi di assistenza sociale, sono dirette in via prevalente alla tutela della salute e si estrinsecano in interventi a sostegno dell'attività sanitaria di prevenzione, cura e riabilitazione fisica e psichica, senza i quali l'attività non può svolgersi o produrre gli effetti desiderati. Ne consegue che, nell'ambito delle prestazioni sanitarie, gli interventi sociali a rilievo sanitario sono da considerarsi prestazioni sostanziali, e non aggiuntive, ai livelli uniformi di assistenza sanitaria, in quanto concorrono ad assicurare il livello qualitativo di base in coerenza con gli obiettivi fissati dalla normativa nazionale e regionale. La competenza gestionale è della U.S.L., il finanziamento è parzialmente o totalmente a carico del F.S.N., ma la presenza della componente sociale comporta, di norma, una partecipazione alla spesa da parte degli Enti Locali in misura diversificata, proporzionalmente alla intensità della componente socio-assistenziale.

### ***Modalità dell'integrazione socio-sanitaria***

Il modello funzionale per l'integrazione socio-sanitaria prevede che l'integrazione si espliciti ai diversi livelli organizzativi dell'azienda sanitaria, mediante la presa in carico del cittadino e, ove necessario, del nucleo familiare:

1. a livello di direzione strategica mediante l'elaborazione di linee di indirizzo per l'individuazione di modalità gestionali basate sull'integrazione e assumendo azioni progettuali specifiche nelle aree delle attività sociali a rilievo sanitario;
2. a livello di distretto mediante la gestione integrata delle attività socio-assistenziali con quelle sanitarie, avvalendosi delle modalità previste dalla normativa vigente.

L'organizzazione degli interventi e dei servizi deve essere pertanto improntata a criteri di flessibilità, interprofessionalità ed al coordinamento funzionale. Ne consegue che l'integrazione socio-sanitaria viene realizzata mediante:

- A. l'individuazione del distretto quale ambito territoriale ottimale per la gestione della attività sociali a rilievo sanitario dalla fase di valutazione al progetto terapeutico, alla verifica di efficacia;

B. l'istituzione di un servizio di assistenza sociale all'interno dell'area centrale della USL che ricomprenda il sociale a rilievo sanitario, di cui all'art. 31 della legge regionale 23 gennaio 1997, n. 3 e il socio-assistenziale delegato dai Comuni, a cui è preposto un Responsabile con la funzione di coordinatore sociale.

Spettano al coordinatore sociale i seguenti compiti:

- elaborare proposte di organizzazione del servizio e di attuazione dei programmi;
- verificare l'attuazione dei programmi di attività;
- curare l'integrazione con le attività sanitarie.

Il servizio di assistenza sociale di USL assume pertanto sostanzialmente funzioni di coordinamento tecnico che non prevedono nessuna sovraordinazione gerarchica rispetto ai distretti;

C. l'individuazione da parte dei Sindaci dei Comuni ricompresi in un unico ambito distrettuale, di un referente sociale che collabora con il Responsabile del distretto. L'individuazione di tale figura risulta fondamentale per la praticabilità dell'integrazione nel distretto e dovrà essere prevista anche fra gli operatori di assistenza sociale assegnati al distretto per il raccordo tecnico con il referente sociale dei Comuni, per il raccordo operativo con gli operatori sociali assegnati ai servizi distrettuali, per la formulazione del Piano operativo distrettuale che dovrà ricomprendere anche le attività sociali a rilievo sanitario e le attività socio assistenziali, se delegate;

D. la stipula di Accordi di programma, ai sensi dell'art. 27 della legge 142/90, o il ricorso agli altri strumenti previsti dalla stessa legge. Nelle aree di attività di cui all'art. 31 comma 1 l'integrazione dei servizi di assistenza sociale con quelli sanitari, nel caso in cui gli Enti Locali non si avvalgano dell'istituto della delega, è perseguita mediante i medesimi accordi di programma;

E. il conferimento di delega pluriennale all'azienda USL, in attuazione dell'art. 28 lett. c, comma 2, della legge regionale 23 gennaio 1997 n. 3, per attività omogenee all'interno dello stesso ambito distrettuale. Con il Piano Sociale e/o con appositi atti di indirizzo della Giunta regionale si dovrà provvedere a definire modelli che qualificano ulteriormente l'istituto della delega ed incentivi ai Comuni per il conferimento alle USL degli interventi socio-assistenziali connessi alle attività sociali a rilievo sanitario gestite dalla USL.

Oltre alle attività sociali a rilievo sanitario l'azienda USL dovrà di norma assumere le deleghe che i Comuni vorranno conferirle per gli interventi socio assistenziali che afferiscono alle attività sociali a rilievo sanitario.

Fatto salvo quanto demandato a direttiva della Giunta regionale come il quadro di riferimento, la suddivisione tra la componente sanitaria e sociale e la relativa analisi, i suddetti interventi possono sinteticamente essere individuati all'interno delle varie aree così come segue:

#### *Area infanzia – età evolutiva famiglia e donna*

Assistenza domiciliare, sostegno educativo

Affido familiare

Attuazione dei compiti di legge su richiesta dell'Autorità giudiziaria, segnalazione agli organi giudiziari competenti e relativa attuazione di interventi

Inserimenti in strutture educativo assistenziali semiresidenziali e residenziali

Pronta accoglienza.

#### *Area della disabilità*

Assistenza domiciliare

Inserimento ed integrazione lavorativa

Inserimento in strutture semiresidenziali e residenziali.

#### *Area anziani*

Assistenza domiciliare

Inserimenti in strutture semiresidenziali e residenziali.

#### *Area della psichiatria*

Sostegno economico a fini terapeutici

Inserimento ed integrazione lavorativa.

#### *Area della tossicodipendenza e dell'alcooldipendenza*

Sostegno economico su progetto del SERT e/o del GOAT;

Inserimento ed integrazione lavorativa.

Con l'assunzione delle deleghe le Aziende USL dovranno garantire le condizioni per un effettivo esercizio di indirizzo e controllo dei Comuni nel merito della gestione delle attività delegate. In particolare dovranno:

- a) concordare con i Comuni i criteri di accesso ai servizi gestiti dal distretto ed in particolare le condizioni che definiscono la fruibilità delle prestazioni ed i percorsi assistenziali;
- b) realizzare un sistema informativo che consenta al Comune o ai Comuni delegatari la verifica sulla gestione delle attività socio-assistenziali, mediante l'acquisizione di dati quantitativi e qualitativi sulla domanda e l'offerta, gli indicatori di processo e di risultato;
- c) strutturare incontri periodici per garantire il confronto tra i titolari delle funzioni e l'ente gestore sull'attuazione del programma e sul conseguente utilizzo delle risorse stanziare;
- d) garantire per ogni distretto l'operatività di équipe interprofessionali quali l'unità di valutazione geriatrica, l'unità multidisciplinare per la valutazione dei disabili, l'unità multidisciplinare di valutazione per funzioni e compiti previsti dal DPR 24/2/94.

#### **4.1.14 Il ruolo del Consultorio**

L'esperienza fin qui maturata permette di affermare la necessità di ri/definire **il Consultorio** come:

a) un **servizio di prevenzione che si occupa prevalentemente della salute della donna e della età evolutiva all'interno delle relazioni familiari e sociali, nel quale la prevenzione va attivamente offerta** e non solo raccomandata, i cui operatori devono offrire alle persone la opportunità di acquisire consapevolezza e capacità di decidere in autonomia.

Il riferimento normativo per l'ambito di attività è quello indicato dalle Leggi nazionali 405/75, 194/78 e dalla D.G.R. n. 4296 del 13.6.89.

Il Consultorio assume quindi per il PSR il profilo di un servizio nel quale si realizzano programmi di prevenzione in cui sia definito: l'obiettivo, i sistemi e gli indicatori di valutazione (di processo e di esito), la popolazione bersaglio, le procedure operative per offrire le misure di prevenzione e le risorse necessarie sia umane che economiche e strumentali oltre a quelle rappresentate dalle reti a cui il servizio è connesso. Devono essere chiare e disponibili le responsabilità di coordinamento, di esecuzione e di verifica a livello aziendale.

b) un servizio per le **attività di prestazione alla persona**, con una funzione di **presa in carico globale** e, se necessario, di invio ai servizi specialistici di diagnosi e cura con accessi e percorsi stabiliti e facilitati.

Gli ambiti prioritari di intervento ritenuti necessari sono:

1. LA SALUTE DELLA DONNA E DELLA COPPIA nelle diverse fasi della vita: (adolescenza, età fertile, menopausa);

2. CONTROLLO DELLA FERTILITA' (procreazione responsabile, consulenza per fertilità e sterilità di coppia e percorso I.V.G.);
3. IL PERCORSO NASCITA (gravidanza, parto, puerperio);
4. LA SALUTE SESSUALE (educazione alla affettività e sessualità, consulenza sessuologica);
5. LA PREVENZIONE DEI TUMORI DELL'APPARATO GENITALE FEMMINILE;
6. LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE;
7. LE RELAZIONI DI COPPIA E DI FAMIGLIA (l'educazione alla genitorialità, la promozione del benessere e la prevenzione del disagio familiare, la mediazione familiare);
8. MEDICINA PREVENTIVA IN ETA' EVOLUTIVA (bilanci di salute, educazione sanitaria, prevenzione dell'handicap, ecc.).

Il Consultorio è un servizio con identità specifica nell'organizzazione complessiva dei servizi distrettuali.

Si ritiene adeguata la presenza di un **consultorio ogni 20.000 abitanti** nelle zone urbane, mentre nelle zone rurali si può prevedere anche per 10.000 abitanti. Attività specifiche (PAP test, incontri con la popolazione, ecc.) potranno essere svolte in sedi diverse e maggiormente decentrate.

Andrà individuato **un responsabile** per ogni Distretto, prevedendo altresì adeguate forme di **Coordinamento intra ed interdistrettuale** che garantiscano un livello di omogeneità di USL rispetto a organizzazione della rete (orari, spazi, sedi), ottimizzazione delle risorse umane e strumentali, uniformità dei sistemi informativi, formazione e valutazione congiunta. Dove è presente, il coordinamento funzionale sarà garantito dal Dipartimento Materno-Infantile.

A livello di Distretto dovrà essere organizzata l'apertura di diversi sedi di servizio tale da garantire nella settimana:

- 6 giorni di apertura al mattino,
- 5 giorni di apertura al pomeriggio.

Si forniscono come riferimento i seguenti standard tratti dal documento 1996 della Commissione Nazionale Assistenza gravidanza parto e neonato del Ministero della Sanità, in base al quale l'équipe minima di ogni Consultorio è composta almeno da:

- 2 ostetriche a 36 ore \*
- 1 ginecologo/a a 18 ore
- 2 assistenti sociali a 36 ore
- 1 psicologo/a a 18 ore
- 1 pediatra a 18 ore
- 2 A.S.V. o I.P. a 18 ore

\* dotazione aumentata di una unità per le necessità collegate all'avvio degli screening.

Il personale a tempo parziale potrà essere in servizio anche presso altre strutture (CIM, SERT, Ospedali, Comuni, ecc.) ma viene messo a disposizione per le attività consultoriali con provvedimenti formalizzati e dovrà avere una formazione specifica per le attività consultoriali.

Altre figure professionali quali il sociologo, il legale, l'andrologo, presenti nella USL potranno essere messi a disposizione del Consultorio in qualità di consulenti.

Per quanto riguarda le attività integrate con il Settore Sociale, per il quale i Comuni sono soggetti titolari, dovranno essere stipulati precisi accordi di programma.

Nel triennio di piano gli interventi organizzativi ed operative delle aziende sanitarie saranno rivolti a:

- Completare la rete con copertura delle zone carenti;
- Assicurare la funzione istituzionale dedicando almeno il 40% dell'orario alle attività di iniziativa;
- Assicurare un coordinamento sia funzionale che operativo a livello sia aziendale che intra e interdistrettuale e la nomina del responsabile a livello di distretto;
- Implementare la dotazione di risorse umane sulla base degli standard sopra riportati;
- Elaborare un sistema di indicatori per la valutazione dei progetti attivati;
- Raggiungere un miglior livello di informatizzazione dei servizi tramite l'acquisizione di strumenti informatici e l'addestramento del personale.

Queste indicazioni troveranno una più complessiva cornice nell'atto programmatico di indirizzo regionale che il Consiglio Regionale ha dato mandato alla Giunta di predisporre entro il 30/6/1999 in materia di "Promozione e tutela della salute materno - infantile", come risulta dal sommario del presente PSR.

#### **4.1.15. Il ruolo dei servizi del LESP**

Con l'entrata in attività dell'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente (A.R.P.A.), secondo le norme previste dalla legge regionale n. 9 del 6 marzo 1998, si ha il passaggio definitivo delle competenze a questa spettanti, in materia di prevenzione collettiva e controlli ambientale e finora svolti dalle Aziende Sanitarie Locali.

Relativamente alle funzioni rimaste in questo campo, nell'ambito delle Aziende Sanitarie Locali, i Laboratori di epidemiologia e sanità pubblica (L.E.S.P., già presidi multizonali di prevenzione nonché "Laboratori provinciali di Igiene e Profilassi", medico – biologico – chimico), si pone con forza il problema di un loro riordino, affinché possano continuare a svolgere quanto loro affidato dalla normativa vigente, alla luce anche del D.L.vo 156/97 nonché del D.P.R. 626/94.

Si ricorda che, tra l'altro, sono rimaste di competenza delle A.S.L. le attività riguardanti il controllo e la vigilanza degli alimenti (aflatossine, pesticidi, additivi, metalli, etc.) e delle bevande, comprese le acque minerali, nonché di cosmetici, il controllo e la vigilanza delle acque destinate ad uso balneare, il controllo e la vigilanza ingegneristica – impiantistica, la "profilassi delle malattie infettive", il controllo e la vigilanza in campo tossicologico, sierologico ed epidemiologico (ovviamente non ambientale).

Infatti da una parte i laboratori devono procedere all'adeguamento delle loro strutture ed attrezzature relativamente alla problematica del rischio (sicurezza collettiva e personale), dall'altra all'accreditamento da parte di un Ente di riconoscimento (I.S.S.), secondo quanto previsto dalle procedure stabilite dalle norme EN 45001 e dal D.L.vo 120/92.

Queste problematiche, che comportano sempre maggiori specializzazioni ed attrezzature sempre più complesse e sofisticate, impongono quindi strutture e personale particolarmente adeguato.

Ovviamente ciò significa impiego di notevoli risorse finanziarie e la conseguente necessità di garantire insieme efficienza ed economicità.

A tal fine quindi è necessario che venga preparato un piano operativo da parte dell'Assessorato alla Sanità, insieme alle Aziende Sanitarie Locali, entro il termine di sei mesi, che, tenendo presente tutte le realtà operanti a questo fine nel territorio nonché valorizzando le risorse umane, tecnologiche e strutturali che si sono nel frattempo formate, possa affrontare e risolvere queste particolari ma fondamentali problematiche, non più rinviabili.

Ovviamente la particolare complessità della materia affrontata richiede dibattito e partecipazione, al fine anche di permettere una riorganizzazione delle molteplici competenze e l'individuazione delle relative risorse finanziarie.

## **4.2. L'OSPEDALE**

Ospedale e territorio sono restati realtà organizzativamente poco integrate o addirittura divise.

Appare, anzi, (vedi gli indicatori di spesa) che l'integrazione sia avvenuta al contrario, nel senso che si è verificata un'estensione d'attività ospedaliera su ambiti di competenza territoriale. L'ospedale è stato in ciò favorito avendo mantenuto intatte le sue caratteristiche di struttura unitaria organizzata per l'erogazione di prestazioni specialistiche in condizioni di degenza e ambulatoriali, concettualmente coincidenti con la dimensione fisica della propria struttura e con quanto in essa, per combinazione di tecnologia, personale, organizzazione e tipologia dei soggetti assistiti, è attuato.

Tale situazione ha consolidato le dimensioni della rete ospedaliera umbra che già presentava problemi di ridondanza, poiché intensamente diffusa nel territorio per ragioni storiche che ormai hanno fatto il loro tempo e che non compensano le numerose sacche di sotto utilizzazione messe in evidenza dalle indicazioni di performance.

In sostanza abbiamo:

- troppi ospedali;
- indifferenziati rispetto allo spettro di risposte che oggi l'assistenza integrativa ospedaliera è chiamata a fornire;
- con specializzazioni poco programmate in rapporto con i bisogni del territorio.

Non vi sono peraltro motivazioni né epidemiologiche (le cure ospedaliere non "guariscono" la maggior parte delle malattie oggi più diffuse), né economiche (sul lungo periodo la prevenzione conviene, mentre i costi delle tecnologie medicali utilizzate in ospedale aumentano in modo esponenziale e la loro efficacia resta spesso "al palo"), né etiche (la cura pone sempre problemi di selezione) per continuare a fare dell'ospedale l'asse centrale del nostro Servizio Sanitario.

### **4.2.1. Gli obiettivi**

Sviluppare l'assistenza ospedaliera che tenda a fare dell'ospedale, da un lato, una struttura che offre alta tecnologia ed elevata specializzazione con un numero ridotto di posti letto per trattamenti d'urgenza o programmati da erogare in condizione di ricovero, dall'altro, una risorsa per l'erogazione di prestazioni specialistiche, che integrano e completano l'organizzazione sanitaria di diagnosi e cura ubicata in centri o ambiti gestiti dal sistema territoriale.

Costituire così un'organizzazione che, partendo dalle esigenze epidemiologiche e facendo perno sulle strutture aziendali territoriali, completi l'ambito d'attività e, al tempo stesso, costituisca "filtro"



per la domanda di prestazioni di più elevata complessità e costo, riservate alle patologie più acute e complesse, consentendo alle Aziende ospedaliere di svilupparsi correttamente, libere dalle richieste di ricoveri impropri sostitutivi delle prestazioni di livello aziendale.

Ciò comporta una redistribuzione delle risorse che vada nella direzione di un potenziamento dei servizi territoriali attualmente non in grado di svolgere le suddette funzioni.

Quindi l'assistenza sanitaria territoriale e l'assistenza ospedaliera vanno riorganizzate nella consapevolezza che quella territoriale, che deve garantire i livelli d'assistenza, può svilupparsi se l'ospedale non ostacola tale funzione e che a sua volta l'ospedale può svilupparsi se il territorio sa e può espletare la propria attività di produzione e controllo.

Tale processo deve consentire di dedicare una maggiore attenzione alla necessità d'umanizzazione delle strutture ospedaliere e di personalizzazione delle cure. Obiettivi che necessitano di un approccio più integrato al paziente, in grado di valutare, oltre ai segni (malattia, morbo), i significati che assume in ogni specifica persona (malattia - malessere e malattia - disabilità), cioè l'insieme degli aspetti oggettivi, soggettivi e relazionali. Tale impostazione, che è quella indicata dall'OMS, è suggerita dalla letteratura scientifica, che consente di mettere a fuoco i fattori interagenti nell'evoluzione della malattia e nella risposta alle cure e risponde alle esigenze ed alle nuove consapevolezze dell'utenza.

A tal fine si rivela necessario valorizzare e potenziare quelle professionalità e quegli interventi che consentano di realizzare strategie per migliorare l'organizzazione del lavoro, le relazioni, la comunicazione, l'approccio integrato al paziente, l'adeguato coinvolgimento delle famiglie, sviluppare i processi d'ospedalizzazione domiciliare e l'integrazione ospedale-territorio.

#### **4.2.2. La riorganizzazione funzionale delle attività specialistiche ambulatoriali**

L'integrazione fra ospedale e territorio, finora, è risultata un obiettivo difficile da raggiungere e molte volte è fallita, nonostante notevoli impegni normativi nazionali e regionali.

Uno dei motivi di tale difficile integrazione risiede nel fatto che l'ospedale ha mantenuto intatte le sue caratteristiche di struttura unitariamente organizzata per l'erogazione di prestazioni specialistiche in condizioni di degenza ed ambulatoriali, concettualmente coincidente con la dimensione fisica della propria struttura, e con quanto in essa, è effettuato.

Per modificare tale situazione occorre comprendere che la funzione ospedaliera non coincide con le dimensioni della struttura in cui viene esercitata e che la funzione distrettuale comprende tutto ciò che non è degenza, dall'assistenza generica all'assistenza specialistica. In tale direzione si dirigono tutti gli orientamenti di sviluppo dell'assistenza ospedaliera, che tendono a fare dell'ospedale, da un lato, una struttura che offre alta tecnologia ed elevata specializzazione con un numero ridotto di posti letto per trattamenti di ricovero, dall'altro una risorsa per l'erogazione di prestazioni specialistiche che integrano e completano l'organizzazione sanitaria di diagnosi e cura ubicato in centri o ambiti gestiti dal sistema territoriale.

In termini organizzativo-funzionali ciò vuol dire che l'integrazione fra ospedale e territorio si può realizzare attribuendo al territorio il compito di programmare e di organizzare tutta l'attività ambulatoriale, indipendentemente dall'appartenenza delle risorse necessarie a produrla, che rimangono gestite dai rispettivi titolari e sono remunerate per l'impiego richiesto.

Si tratta cioè di costruire un'organizzazione che facendo parte dei servizi territoriali ne completi l'ambito d'attività e, al tempo stesso, costituisca un filtro per la domanda di più elevata complessità e maggiori costi, riservate alle patologie più acute, consentendo all'ospedale di svilupparsi correttamente, libero dalle richieste di ricoveri impropri sostitutivi delle prestazioni ambulatoriali.

A tal fine l'iniziativa di ciascuna Azienda territoriale, in collaborazione con le Aziende ospedaliere, dovrà tendere a:

1. uniformare le prassi operative in atto nelle diverse sedi d'erogazione attraverso il confronto tra specialisti, prevedendo altresì la possibilità di scambio tra dipendenti e convenzionati;
2. elaborare programmi di branca specialistica, da redigersi sulla scorta del complesso dei fenomeni rilevati e delle potenzialità esistenti, tenendo presenti anche le eventuali disponibilità limitrofe;
3. quantificare la necessità per la conseguente programmazione e dislocazione territoriale delle risposte, sia pubbliche sia convenzionate;
4. attivare momenti di collaborazione sistematica tra medici di base e medici specialisti da realizzare anche attraverso la prassi del consulto specialistico, sia in ambulatorio sia a domicilio;
5. individuare criteri unici di monitoraggio allo scopo di conseguire informazioni omogenee, confrontabili e correlabili;
6. individuare, specie per le diagnostiche, livelli d'intervento differenziati onde evitare gli eccessivi afflussi d'utenza presso le strutture ad alta tecnologia e superspecialistiche per l'esecuzione di semplici esami di base. A tal fine la Regione promuoverà l'elaborazione di protocolli d'accesso da suggerire alle categorie mediche interessate.

Allo scopo, presso ogni Azienda sanitaria, si dovranno definire, per ogni funzione specialistica:

- A. la ricognizione degli ambulatori, la loro dislocazione e le prestazioni da erogare in ciascuno di essi, tenendo conto delle esigenze dell'organizzazione distrettuale;
- B. la dotazione di personale medico e di personale infermieristico;
- C. la dotazione strumentale, mirata all'omogeneità ed al livello delle prestazioni da erogarsi nell'ambito della stessa Unità sanitaria locale e rapportato alle esigenze di continuità terapeutica.

L'Azienda USL predisporrà con le Aziende ospedaliere ed il privato Piani pluriennali d'attività, stabilendo la definizione e la localizzazione delle istituzioni sanitarie e/o degli ambulatori specialistici indicando altresì, per ciascun anno, il relativo presunto onere finanziario e la tipologia degli interventi necessari.

Tali interventi di riorganizzazione funzionale delle attività specialistiche ambulatoriali si pongono come preliminari per consentire il pieno funzionamento dei centri unificati di prenotazione (CUP) la cui attivazione, già prevista da tempo, va perseguita quale strumento prioritario per:

- a) fornire informazioni complete ed esaustive sui rapporti tra assistenza medica di base a livello specialistico;
- b) uniformare e snellire le procedure d'accesso;
- c) monitorare costantemente i fenomeni di domanda e d'offerta nei loro aspetti qualitativi, procedurali e di distribuzione sul territorio, compresa la rilevazione delle attività ambulatoriali esercitate da servizi eventualmente non prenotabili da parte del centro di prenotazione.

L'attivazione del CUP comporta:

- la ricognizione puntuale, in termini di calendari settimanali con relative quantità giornaliere, orarie e parametri d'accesso, delle prestazioni specialistiche eseguibili da tutti gli specialisti, siano essi dipendenti o convenzionati, sia presso le sedi extra-ospedaliere sia ospedaliere;
- un'analoga ricognizione delle disponibilità degli ambulatori o servizi che erogano prestazioni a prevalente rilievo strumentale indicando i giorni, gli orari e i parametri d'accesso;
- l'individuazione possibilmente nominativa del medico relativamente alle prestazioni di primo accesso, garantendo allo specialista la gestione diretta della continuità terapeutica;
- l'istituzione di una riserva di posti presso tutti gli ambulatori e servizi affidata al centro di prenotazione per urgenze relative a casi particolari;
- la gestione di prenotazioni eseguibili presso altre aziende al fine di evitare tortuosi e complicati iter agli assistiti;
- la previsione della prenotazione telefonica diretta da parte del cittadino in particolare ove la viabilità, le distanze ed i sistemi di trasporto comportino particolari disagi.

Deve essere prevista la possibilità di un graduale accesso al CUP, oltre che direttamente da parte del cittadino:

- dall'ambulatorio dei medici di base, partendo da quelli che operano sotto forma di medicina di gruppo;
- dagli altri ambulatori pubblici collocati sia in sede ospedaliera sia in sede extraospedaliera;
- dalle diverse sedi degli altri servizi sanitari della Unità sanitaria locale che espletano attività ambulatoriali.

#### 4.2.3. Lo schema razionale

L'impalcatura della D.C.R. 311/1997 va confermata nelle sue linee ispiratrici:

1. integrazione dei servizi ospedalieri in rete d'area vasta
  - non architettura a tre piani
  - tipologie definite parzialmente
  - trasferimento della mobilità dal paziente alla prestazione
2. profili di decentrabilità
  - massimo grado
  - alto grado
  - moderato grado
  - non decentrabili.

Le indicazioni delle schede contenute nella D.C.R. n. 311/1997 necessitano d'ulteriori approfondimenti, ed in alcuni casi va accresciuto il grado di vincolatività di esse.

Il procedimento logico per conseguire in modo valido, dal punto di vista tecnico-scientifico, tale obiettivo è il seguente:

- A. classificazione delle attività per Aree funzionali omogenee;
- B. classificazione delle attività per livello dotazionale scalare;
- C. indicazione degli ambiti territoriali di riferimento dei diversi gradi di risposta che i servizi dovranno assicurare.

#### Aree funzionali omogenee

Sono quelle classicamente indicate nei documenti programmatori nazionali:

- Emergenza
- Medicina
- Chirurgia
- Materno - infantile
- Lungodegenza - riabilitazione.

#### Livello dotazionale scalare

Riguarda alcune delle attività ricomprese in varie Aree Funzionali Omogenee (AFO), che possono richiedere articolazioni di complessità della risposta, secondo gli ambiti territoriali cui si riferiscono. Ciascun livello ricomprende anche le dotazioni di quello precedente.

- Cardiologia
- a: funzioni diagnostiche con set completo strumentale; attività in DH;
  - b: degenza; unità coronarica;
  - c: emodinamica, valutazione pre-operatoria, impianto di pace-maker.

<u>Neurologia e Neurofisiopatologia</u>	a: funzioni diagnostiche, di supporto all'area medica e riabilitativa; attività in day-hospital, diagnostica neurofisiopatologica; b: degenza; supporto delle terapie intensive.
<u>Pneumologia</u>	a: funzioni diagnostiche di fisiopatologia respiratoria; attività in day-hospital; c: attività completa
<u>Oncologia</u>	a: funzioni diagnostiche e terapeutiche diffuse (staging, planning, follow-up, home consulting); attività in day-hospital; b: degenza.
<u>Nefrologia</u>	a: dialisi, anche in centri d'assistenza limitata; b: degenza.
<u>Diabetologia</u>	a: funzioni diagnostiche e di follow-up, in connessione con il territorio; b: attività d'approfondimento diagnostico e di messa a punto terapeutica.
<u>Ortopedia Traumatologia</u>	a: traumatologia minore in forma ambulatoriale; b: attività completa.
<u>Oculistica</u>	a: attività diagnostica e di chirurgia ambulatoriale; b: attività completa.
<u>Otorinolaringoiatria</u>	a: attività diagnostica e di chirurgia ambulatoriale; b: attività completa.
<u>Ostetricia Ginecologia</u>	a: funzioni ambulatoriali di diagnostica; monitoraggio della gravidanza; prevenzione neoplasie; piccola chirurgia; b: punto nascita; attività completa.
<u>Pediatria</u>	a: funzioni ambulatoriali e di day-hospital; b: supporto ai punti nascita; funzioni complete con day-hospital e residuale degenza.
<u>Medicina interna</u>	a: attività diagnostica e terapeutica non specialistica; day-hospital e degenza a ciclo breve; attività di specialistica ambulatoriale; b: attività completa.
<u>Chirurgia generale</u>	a: attività diagnostica, compresa l'endoscopia; interventistica ambulatoriale e in day-surgery a ciclo breve; b: attività completa.
<u>Urologia</u>	a: attività diagnostica e interventistica d'invasività minore; b: attività completa.
<u>Laboratorio</u>	a: attività generale di base; b: attività selettive, con bacini di utenza più ampi, metodologie sofisticate e strumentazioni a più avanzata tecnologia.

<u>Diagnostica per Immagini</u>	a: radiologia di base; contrastografie di base; ecotomografia polivalente; b: tomografia assiale computerizzata; c: risonanza magnetica nucleare.
<u>Immunoematologia e Trasfusionale</u>	a: centro di raccolta, frigoemoteca; b: attività completa.
<u>Endoscopia digestiva</u>	a: diagnostica corrente; b: attività completa.

I livelli dotazionali di cui sopra tengono conto dell'elaborazione di linee guida ampiamente compiuta da società scientifiche di specialità. Essi saranno validati ed eventualmente integrati con la partecipazione attiva degli operatori di ciascuna disciplina.

### **Ambiti territoriali di riferimento dei diversi gradi di decentrabilità delle attività**

Si distinguono, sulla base della possibilità di decentramento più sopra ricordata:

- A: attività decentrabili in massimo grado.
- B: attività decentrabili in alto grado.
- C: attività decentrabili in moderato grado.
- D: attività non decentrabili.

Le tabelle che seguono schematizzano l'applicazione di tali indicazioni alle attività delle AFO.

#### **AFO Emergenza – urgenza** Standard

Primo intervento con trasporto	A
Pronto soccorso con astanteria	B
Anestesia e rianimazione	A
Terapia intensiva	B
Unità coronarica	B
Unità spinale	D

#### **AFO Medicina generale** a b c Standard

Medicina generale	A	B		
Cardiologia	A	B	D	
Neurologia e Neurofisiopatologia	A	B-C*		
Pneumologia	A		D	
Oncologia	A	B-C*		
Nefrologia	A	B-C*		
Diabetologia	A	B-C*		
Malattie Infettive				C
Dermatologia				C
Geriatrics				C
Gastroenterologia				C
Ematologia				D
Endocrinologia				D
Medicina del lavoro				D
Reumatologia				D

\* La scelta di ubicare le relative attività su una sede o su due sedi è demandata ai Piani attuativi locali.

<b>AFO Chirurgia Generale</b>	<b>a</b>	<b>b</b>	<b>Standard</b>
Chirurgia Generale	A	B	
Ortopedia-Traumatologia	A	B	
Urologia	A	C	
Oculistica	B	C	
Otorinolaringoiatrica	B	C	
Odontostomatologia			C
Chirurgia Vascolare			C
Cardiochirurgia			D*
Neurochirurgia			D
Chirurgia Plastica			D
Chirurgia Toracica			D
Chirurgia Maxillofacciale			D

\* Nell'Azienda ospedaliera di Perugia.

<b>AFO Materno - Infantile</b>	<b>a</b>	<b>b</b>	<b>standard</b>
Ostetricia – Ginecologia	A	B*	
Pediatria	A	B	
Neonatologia			B
UTIN			D
Chirurgia Pediatrica			D
Pediatria Specialistica			C
Oncoematologia Pediatrica con Trapianto Midollo Osseo			D**

\* Per i punti nascita si fa riferimento alla D.G.R. n. 4773/94

\*\*Per l'oncoematologia pediatrica con TMO si fa riferimento anche a quanto contenuto nell'allegato documento "Organizzazione dell'assistenza oncologica in Umbria".

<b>AFO Riabilitazione e Lungodegenza</b>	<b>standard</b>
Lungodegenza post-acuzie	A
Riabilitazione funzionale	B
Riabilitazione intensiva polivalente	C
Neuroriabilitazione	D*
Riabilitazione cardiologica	D**

\*Viene confermata l'attività di Trevi. A Perugia, è attiva l'Unità spinale unipolare; a Terni è attiva la neuroriabilitazione intensiva

\*\* Viene confermata l'attività di Gualdo Tadino.

<b>Servizi</b>	<b>a</b>	<b>b</b>	<b>c</b>	<b>Standard</b>
Laboratorio Analisi	A	B		
Diagnostica per immagini	A	B	C	
Endoscopia	A	B		
Immunoematologia e Trasfusionale	A		C	
Microbiologia				C*
Virologia				D
Anatomia Patologica				C

Medicina Nucleare	D
Neuroradiologia	D**
Radioterapia	D**
Igiene Ospedaliera	C
Farmacovigilanza	D
Allergologia	C
Audiologia	C
Analgesia	B
Litotrissia	C
Dietetica e nutrizione clinica	B
Farmacia	B***
Ingegneria Clinica	D
Fisica Sanitaria	D
Tossicologia clinica, professionale e igiene industriale	D
Psicologia clinica	D
Neurofisiopatologia	D

\* Ad esclusione delle attività microbiologiche di routine svolte dal laboratorio analisi

\*\* Ulteriore dislocabilità subordinata alla verifica del rapporto costi-benefici e della qualità assistenziale.

\*\*\* Nelle Aziende territoriali senza ospedali della rete dell'emergenza va comunque prevista la farmacia ospedaliera.

### **Applicazione alla rete esistente**

La maglia fondamentale della rete è costituita dai presidi con funzioni d'emergenza.

Essi sono stati già indicati nella D.C.R. n. 311/1997.

Occorre rifarsi agli ambiti territoriali di riferimento:

Alta Valle del Tevere per l'ospedale di Città di Castello

Eugubino Gualdese per l'ospedale di Gubbio;

Perugino, Valle Umbra Nord, Media Valle del Tevere, Trasimeno, per l'Az. Osp. di Perugia;

Valle Umbra Sud, parte della Valnerina, per l'ospedale di Foligno;

Spoletino e la Valnerina, per l'ospedale di Spoleto;

Conca Ternana e Narnese Amerino, per l'Az. Osp. di Terni;

Orvietano, per l'ospedale di Orvieto.

Nei presidi della rete d'emergenza debbono essere garantite, comunque, le prestazioni di fascia B.

Le prestazioni di fascia C possono essere garantite in non più di un presidio per USL, (comprese le Aziende ospedaliere).

Le prestazioni di fascia D vanno garantite in almeno una delle Aziende ospedaliere.

Le altre sedi ospedaliere assicurano, oltre alle attività di cui alla DGR n. 885 del 4.03.98, prestazioni di fascia A, definite nei piani aziendali.

Esse s'integrano in rete con i presidi di cui sopra, secondo lo schema seguente:

Umbertide - Città di Castello

Assisi - Perugia

Marsciano - Perugia

Todi - Perugia

Castiglione del Lago - Perugia

Città della Pieve - Perugia

Passignano - Perugia

Norcia-Cascia - Spoleto

Gualdo Tadino - Foligno

Narni - Terni

Amelia - Terni

L'integrazione consiste:

- nell'organizzazione dipartimentale anche interaziendale dei servizi di urgenza, che assicuri in tutte le sedi un primo intervento ad orario continuato, con personale strutturato e non, e con garanzie di trasporto assistito nel periodo di riferimento;
- nell'organizzazione dipartimentale di attività mediche e chirurgiche con integrazione delle équipe sanitarie, ed articolazione delle risposte sulla base degli schemi di decentrabilità;
- nell'organizzazione dipartimentale delle attività relative all'area materno-infantile, con integrazione delle équipe sanitarie.

#### 4.2.4. Gli standard organizzativi

Nei presidi della rete di emergenza, viene organizzato un dipartimento per ciascuna AFO.

Nelle Aziende ospedaliere, vengono organizzati dipartimenti misti, con la presenza dell'Università, sulla base dei criteri del protocollo d'intesa Regione - Università.

Dei dipartimenti di cui sopra fanno parte le attività che si svolgono nelle sedi integrate in rete, sulla base dello schema di cui al precedente punto, previ (ove necessari) accordi interaziendali.

Le attività con livello dotazionale "a" vengono affidate alla responsabilità di dirigenti di I livello.

Nelle sedi ospedaliere non appartenenti alla rete dell'emergenza e per le quali nei Piani Attuativi Locali non è prevista la riconversione in RSA o Riabilitazione, le attività con livello dotazionale "b", definite nei Piani Attuativi Locali, vengono affidate a non più di un dirigente di II livello per ambito territoriale.

Tale è il caso dell'Azienda USL 2, dove per ognuno dei tre ambiti territoriali (la Media Valle del Tevere, Trasimeno, Valle Umbra Nord) è assicurato un primario per le discipline di: Medicina generale, Chirurgia generale, Ostetricia-ginecologia, Pediatria, Anestesiologia, Laboratorio e Radiologia.

Tale livello dotazionale minimo, integrato con la Terapia Intensiva e l'Unità coronarica, va garantito anche in ogni presidio della rete dell'emergenza-urgenza anche se coesistono più presidi dell'emergenza nella stessa Azienda USL.

#### 4.2.5. Gli obiettivi per l'offerta di servizi ospedalieri

L'obiettivo che si pone, in termini di tasso di ospedalizzazione ai sensi della Legge 382 del 96, è quello di conseguire entro il 31.12.99 un tasso di ospedalizzazione, pari a 160‰ per esigenze acute, (di cui 30‰ in day hospital e 130‰ in degenza ordinaria).

Tale riduzione dei tassi va messa in parallelo con la crescita di domanda di servizi alternativi, realmente corrispondente a risposte efficaci;

La domanda potenziale di servizi ospedalieri per esigenze acute (ricoveri attesi) divisa per ambito territoriale di USL, calcolata sulla base dell'indice di ospedalizzazione del 160 per mille abitanti è esposta di seguito :

Azienda USL 1

Ordinari	14.460
Day hospital	3.338
Totale	17.798



Azienda USL 2	
Ordinari	42.987
Day hospital	9.920
Totale	52.907

Azienda USL 3	
Ordinari	21.669
Day hospital	5.000
Totale	26.669

Azienda USL 4	
Ordinari	28.772
Day hospital	6.639
Totale	35.411

UMBRIA	
Ordinari	107.888
Day hospital	24.897
Totale	132.785

Dalla domanda, si passa al calcolo del fabbisogno di posti letto che rappresenta l'obiettivo per la nostra Regione da raggiungere per l'anno 2000.

Assumendo una degenza media per i ricoveri ordinari di 7 giorni, ed un tasso di utilizzazione dell'80% per i ricoveri ordinari e del 120% per i ricoveri in day hospital emerge una dotazione di posti letto per acuti pari al 3,8 per mille abitanti.

Ad essi vanno aggiunti i posti letto per le esigenze riabilitative di cui alla precedente tabella per Aree Funzionali, nella misura dello 0,5 per mille abitanti, per i quali si pongono gli obiettivi di:

1998	0,25%°
1999	0,40%°
2000	0,50%°

Il quadro che segue espone i dati (calcolati come sopra ricordato) dell'offerta per USL nel prossimo triennio. Va osservato:

- gli obiettivi comprendono gli ospedali aziendalizzati nell'ambito delle USL di riferimento;
- gli obiettivi comprendono i posti letto in Case di Cura private, rapportabili a 200 nella Regione, di cui 170 nell'USL n. 2 e 30 nell'USL n. 3;
- gli obiettivi non comprendono la quota derivante dal saldo attivo tra flusso in ingresso e flusso in uscita di pazienti tra regioni, calcolabile in 10.000 ricoveri circa, riscontrabili soprattutto nelle USL che ricomprendono gli ospedali aziendalizzati.

## OFFERTA DI POSTI LETTO PER USL

	1998				1999				2000			
	<i>Totale</i>	<i>Degenza Ordinaria</i>	<i>Day Hospital</i>	<i>Riabilitazione</i>	<i>Totale</i>	<i>Degenza Ordinaria</i>	<i>Day Hospital</i>	<i>Riabilitazione</i>	<i>Totale</i>	<i>Degenza Ordinaria</i>	<i>Day Hospital</i>	<i>Riabilitazione</i>
USL n. 1	556	427	101	28	520	400	76	44	480	348	76	56
USL n. 2	1.654	1.269	302	82	1.547	1.189	226	132	1.422	1.031	226	165
USL n. 3	834	640	152	42	780	599	114	67	717	519	114	84
USL n. 4	1.107	850	202	56	1.036	795	152	88	951	689	152	110
UMBRIA	4.151	3.186	757	208	3.883	2.983	568	331	3.570	2.587	568	415

Considerando la dinamica della mobilità intraregionale ed ipotizzando la stabilità in percentuale dei flussi della mobilità, può determinarsi come segue l'evoluzione della dotazione di posti letto negli ospedali delle diverse aziende.

I Piani attuativi locali stabiliranno le dotazioni per singolo presidio, nonché le azioni necessarie per determinare il rispetto degli obiettivi indicati nella tabella seguente.

### OFFERTA PER USL DOTAZIONE MASSIMA DEI POSTI LETTO

	1998			1999			2000		
	<i>Degenza ordinaria</i>	<i>Day hospital</i>	<i>Riabilitazione</i>	<i>Degenza ordinaria</i>	<i>Day hospital</i>	<i>Riabilitazione</i>	<i>Degenza ordinaria</i>	<i>Day hospital</i>	<i>Riabilitazione</i>
Ospedali dell'USL n. 1	360	88	28	340	65	44	290	65	56
Ospedali dell'USL n. 2	400	100	67	370	70	117	295	70	150
Ospedali dell'USL n. 3	600	148	42	575	111	67	495	111	84
Ospedali dell'USL n. 4	260	63	56	240	47	88	210	47	110
Azienda Osp. Perugia	850	223	/	790	180	/	720	180	/
Azienda Osp. Terni	520	135	/	485	95	/	420	95	/
Case di Cura private	196	/	15	183	/	15	157	/	15
TOTALE	3.186	757	208	2.983	568	331	2.587	568	415

E' consentita una variazione in aumento del plafond dei posti letto nelle Aziende ove si determini una mobilità interregionale attiva entro i limiti della rilevanza percentuale di essa sul totale dei posti letto indicati.

#### 4.2.6. L'offerta per Area Funzionale Omogenea e per livello dotazionale

Si ritiene opportuno fornire alcune indicazioni di riferimento anche per quanto riguarda i parametri di modulazione dell'offerta distinta per AFO ed, all'interno di ciascuna di esse, per funzioni di base e funzioni di media ed alta specializzazione, espressi in posti letto /1.000 abitanti.

Per tali indicazioni si è tenuto conto dell'esigenza di un progressivo incremento dell'offerta di posti letto in emergenza e di una proporzionale diminuzione dei posti letto nelle AFO generaliste.

I parametri, che di seguito vengono riportati, verranno applicati dalle USL in raccordo con le indicazioni sul livello dotazionale dei servizi, di cui al precedente paragrafo.

## OFFERTA POSTI LETTO PER AFO E PER LIVELLO DOTAZIONALE

		1998	1999	2000
EMERGENZA	Tot.	0,22	0,26	0,30
	Base	0,18	0,21	0,24
	M.A.	0,04	0,05	0,06
MEDICINA	Tot.	2,16	1,95	1,80
	Base	1,32	1,15	1,00
	M.A.	0,84	0,80	0,80
CHIRURGIA	Tot.	1,77	1,56	1,20
	Base	1,20	1,04	0,70
	M.A.	0,57	0,52	0,50
MAT. INF.	Tot.	0,60	0,50	0,50
	Base	0,50	0,38	0,38
	M.A.	0,10	0,12	0,12
LUNG. RIAB.	Tot.	0,25	0,40	0,50
	Base	0,20	0,30	0,35
	M.A.	0,05	0,10	0,15
TOTALE	Tot.	5,00	4,67	4,30
	Base	3,40	3,08	2,67
	M.A.	1,60	1,59	1,63

### 4.2.7. La riabilitazione

L'attività riabilitativa deve essere sviluppata per ineludibili esigenze di mandato, pur non eludendo le regole dell'efficienza aziendale.

Ciò significa che alcuni trattamenti di tipo intensivo, da effettuare sulle gravi patologie disabilitanti, debbono trovare necessariamente risposta nella struttura pubblica, indipendentemente dalla convenienza aziendale mentre, per altre tipologie e livelli di intervento, le risposte possono essere affidate anche ad altre soluzioni.

Allo scopo di rispondere con maggiore efficacia ed efficienza alle istanze riabilitative, si individuano i modelli organizzativi più consoni, avvalendosi, anche attraverso momenti graduali, dei modelli di tipo dipartimentale, sia intra che extra aziendali (dipartimenti trasversali), esaltando i processi di natura interdisciplinare e plurispecialistica che sono alla base di un moderno intervento riabilitativo.

Allo scopo di evitare la separazione fra aspetti sanitari ed aspetti sociali, che appaiono intimamente collegati in ambito riabilitativo, si persegue ogni possibile misura di raccordo socio-sanitario, con l'intento di seguire il percorso riabilitativo nella sua interezza, dalla fase di acuzie sino alle problematiche connesse al definitivo reinserimento nella trama sociale (reinserimento familiare, scolastico, lavorativo, ecc.).

Le diverse strutture eroganti prestazioni riabilitative, a prescindere dal livello delle prestazioni fornite, debbono necessariamente trovare un momento di raccordo operativo e funzionale, sia tra strutture operanti a diversi livelli sia fra strutture operanti nel medesimo livello.

Ciò significa che non soltanto i servizi riabilitativi ospedalieri dovranno essere collegati in rete fra loro, ma che il collegamento dovrà essere funzionalmente esteso fra tutti i presidi riabilitativi (ospedalieri e territoriali).

Le indicazioni che seguono tengono conto delle scelte già adottate dalla Regione in materia di riassetto della rete ospedaliera (D.C.R. 311/97) e delle altre linee-guida già tracciate in materia,

dettando disposizioni di indirizzo e regole di applicazione che costituiranno parametro di giudizio ed elemento di valutazione annuale sull'operato delle Direzioni aziendali:

- L'ubicazione delle *strutture di secondo livello* (o di riabilitazione intensiva), oltreché essere collegata in rete, dovrà essere determinata in base ad una razionale distribuzione regionale, che tenga conto dei dati oggettivi correlati alla domanda (bisogni reali dell'utenza), alla densità della popolazione, alla dotazione delle risorse strutturali, umane e tecnologiche, alla presenza o alla vicinanza delle strutture sanitarie di supporto, ecc. Ciò significa che dovrà evitarsi una distribuzione a pioggia di strutture riabilitative di secondo livello, poiché in un territorio regionale alquanto limitato e con un numero di abitanti contenuto, non appare congruo (e, comunque, oggettivamente necessario) disseminare punti di erogazione riabilitativa di secondo livello in ogni struttura ospedaliera, anche la più minuscola. Di qui l'esigenza di individuare i punti che appaiano legittimati a poter disporre di strutture riabilitative di II livello, studiando accuratamente la trama dei percorsi riabilitativi che dovrà effettuare il paziente che ha patito un danno e che presenta severi esiti invalidanti. Sotto questo profilo appare logico dotare ogni presidio ospedaliero di competenze riabilitative in grado di avviare, sin dalla fase di acuzie, un primo intervento di riabilitazione, anche mediante la presenza di servizi di riabilitazione privi di propri letti di degenza. L'effettuazione di terapie riabilitative intensive (II livello) dovrà poi essere effettuato, ove necessario, nei presidi ospedalieri che dispongono di specifiche competenze e di apposite dotazioni strutturali e tecnologiche e, ove di minor gravità, nei day-hospital riabilitativi e nelle sedi di riabilitazione territoriale ambulatoriale, secondo appositi protocolli atti a definire i percorsi riabilitativi. L'importante è assicurare alle strutture di II livello riabilitativo uno spedito turn-over, velocizzando l'avvicendamento dei degenti e riducendo i tempi di attesa, poiché il trattamento riabilitativo può essere avviato in sede di ricovero ma può essere ultimato a livello di day-hospital o in apposite sedi territoriali, attraverso un'attività funzionalmente integrata degli interventi. In considerazione della ubicazione regionale dei presidi ospedalieri (tenendo conto delle scelte che già sono state operate dalla Regione per alcuni presidi quali Umbertide, Passignano, ecc.), si reputa che le strutture accreditabili per la riabilitazione di II livello possano essere allocate in base alla seguente *ripartizione* geografica:

Umbria nord: Perugia (oltre ad Umbertide e Passignano)

Umbria centro: Foligno

Umbria sud: Terni.

- Le *strutture di III livello* sono quelle che erogano prestazioni di alta specialità di tipo neuroriabilitativo, eventualmente associate anche ad altre evenienze patologiche che richiedano alta specialità riabilitativa. L'alta specialità riabilitativa - proprio in virtù della sua valenza di mandato, a dimensione regionale ed extraregionale - è finanziata direttamente dalla Regione. Inoltre, le sedi individuate come III livello riabilitativo debbono rappresentare - oltre che presidio di diagnosi e cura altamente specializzata, un momento di authority scientifica, culturale e di coordinamento per le varie problematiche di settore. Tali strutture possono essere così individuate:

- per l'attività concernente l'intervento riabilitativo altamente specializzato ed integrato nelle lesioni midollari di origine traumatica e non, è prevista l'Unità Spinale Unipolare (a valenza regionale ed extraregionale) ubicata presso l'Azienda ospedaliera di Perugia.
- Per l'attività concernente l'intervento riabilitativo altamente specializzato ed integrato nelle gravi cerebrolesioni acquisite (a valenza regionale ed extraregionale) vengono indicate l'Azienda ospedaliera ad alta specialità di Terni e l'Azienda USL n° 3 di Foligno (ospedale di Trevi).

Questi tre poli di intervento riabilitativo altamente specializzato, peraltro già individuati nella recente delibera di riassetto della rete ospedaliera, dovranno allestire una funzionale rete di collegamento, che avrà lo scopo di garantire un raccordo operativo, attraverso percorsi riabilitativi (definiti da appositi protocolli) in grado di assicurare al paziente una riduzione dei

tempi di attesa e di garantire forme di assistenza correlate ai bisogni specifici del paziente, comprese le coperture assistenziali intensive necessarie nella fase di acuzie e post-acuzie. Ciò significa, in altre parole, che il paziente con grave lesione midollare traumatica e non, avrà il suo punto di riferimento e di trattamento presso l'Unità Spinale Unipolare dell'Azienda ospedaliera di Perugia, mentre il paziente con gravi cerebrolesioni acquisite (traumatiche e non) verrà destinato ai centri riabilitativi altamente specializzati dell'Azienda ospedaliera di Terni e dell'Azienda USL n. 3 (presidio di Trevi).

La rete dei presidi che erogano prestazioni di III livello, oltre ad avere un collegamento in rete regionale, dovrà allacciarsi con altri presidi ospedalieri delle regioni limitrofe, onde offrire, nei limiti delle possibilità di accettazione, un'eventualità di ricovero anche ai pazienti provenienti da dette regioni circostanti.

Fra le attività di riabilitazione ad alta specialità vanno altresì ricomprese anche le unità per la riabilitazione cognitiva (come peraltro indicato nella bozza di documento sulle linee-guida per la riabilitazione, elaborate dalla Conferenza Stato Regioni).

- Per quanto attiene ad alcune particolari forme di assistenza riabilitativa specializzata di III livello (ad esempio quella cardiologica e quella pneumologica) si ritiene che dette strutture debbano trovare ubicazione presso i presidi che dispongono di alte specialità di settore, ad esempio ove è presente la cardiocirurgia, la chirurgia toracica, ecc..
- I criteri di accreditamento di tutte le strutture riabilitative saranno elaborati con il concorso tecnico di settore e verranno esplicitati in apposito documento che una volta definito costituirà parte integrante del presente Piano. Il suddetto documento dovrà contenere inoltre l'eventuale revisione della tariffazione specifica ed i protocolli di intervento e definizione dei percorsi riabilitativi all'interno della rete considerando in essa tutti i livelli riabilitativi compresi quelli territoriali.

#### **4.2.8. La lungodegenza**

Vanno chiaramente previsti posti letto per la lungodegenza ospedaliera, da destinare all'assistenza di:

1. pazienti con lento decorso ingravescente;
2. pazienti cronici con sintomatologia clinica evidente;
3. pazienti cronici per i quali il miglioramento delle condizioni di salute è legato all'atto medico.

Pertanto la lungodegenza ospedaliera può essere definita come unità di cura diretta ad accogliere pazienti provenienti dalla degenza per acuti, nei quali la necessità di assistenza alberghiera, personale e sanitaria è compresente; prolungata nell'arco della giornata; sostenuta da personale sanitario medico e soprattutto infermieristico, ausiliario e tecnico; collegabile ai reparti ospedalieri per acuti.

La lungodegenza ospedaliera non può dare comunque frutti se non vengono attivati al di fuori dell'ospedale altri interventi finalizzati a dare un'adeguata risposta assistenziale ai pazienti con malattie croniche stabilmente irrecuperabili che sono completamente dipendenti dallo svolgimento delle attività inerenti alla cura della propria persona (ADL o "activity of daily living"), i quali vanno assistiti nelle RSA.

Va inoltre precisato che anche se è ipotizzabile una maggiore relativo utilizzo di spazi di lungodegenza ospedaliera per pazienti geriatrici, simile utilizzo non va considerato esclusivo e i pazienti geriatrici non vanno compresi con gli anziani non autosufficienti con esiti stabilizzati, che similmente vanno assistiti in strutture extraospedaliere. Si rende pertanto necessario programmare la realizzazione della lungodegenza ospedaliera in stretta integrazione con quella della RSA e delle

strutture per gli anziani, rispettando per la lungodegenza ospedaliera alcuni presupposti critici e delicati:

A. la determinazione del fabbisogno in posti letto: non esistendo in Italia validi punti di riferimento si è valutato un fabbisogno compreso fra 2 e 4 posti letto ogni 100 posti letto per acuti, ammettendo che il ricovero in lungodegenza ospedaliero è sempre preceduto da un ricovero in reparto per acuti e che mediamente i pazienti cronici con recupero parziale e totale a lungo termine rappresentano un 2% sul totale dei ricoverati in ospedale e che la lungodegenza comporta una degenza media di sei mesi;

B. la determinazione della soluzione organizzativa ottimale, da individuare fra tre possibili soluzioni:

- un'unica ed autonoma unità operativa;
- letti di appoggio presso ogni area di degenza per acuti;
- una sezione annessa all'area di degenza internista.

La proposta opta per la terza soluzione in quanto non sembra presentare svantaggi e presenta il maggior numero di vantaggi:

- scarso rischio di ghettizzazione;
- scarso rischio di intasamento dei reparti per acuti;
- maggiore congruenza tra bisogni assistenziali dei pazienti ed assetto organizzativo del reparto;
- centralità ipotizzata per le unità operative di Medicina o di Geriatria nella regolazione della risposta assistenziale agli anziani.

C. la regolamentazione dell'accesso: al fine di assicurare un utilizzo adeguato delle risorse esistenti e di evitare che la domanda si scarichi sui servizi più disponibili o in cui vi sono minori barriere all'accesso, è indispensabile che i criteri di ammissione alle diverse forme di assistenza, che fanno parte del sistema di assistenza siano determinati non in relazione al singolo servizio, ma in relazione alla rete dei servizi e che tali criteri siano applicati uniformemente.

#### **4.2.9. La disciplina del diritto di accesso all'assistenza ospedaliera**

L'art. 11 L.R. 21 marzo 1975, n. 15 disciplina l'accettazione sanitaria dei cittadini che intendono accedere agli ospedali.

In esso sono contenute alcune previsioni oramai rese obsolete da altri strumenti normativi e/o di indirizzo di carattere nazionale, in particolare dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19.5.1995, recante "Carta dei servizi pubblici sanitari, punto 3".

Si rende, dunque, necessario emanare linee di indirizzo vincolanti alle Aziende sanitarie ed ospedaliere per l'adeguamento della disciplina dell'accesso in ospedale, dal punto di vista sanitario.

Il ricovero in ospedale può essere

- urgente
- ordinario
- programmato (anche a ciclo diurno).

1. Il ricovero urgente viene disposto dal medico di guardia al pronto soccorso ed avviene esclusivamente presso i presidi ospedalieri della rete di emergenza, previa attività di "Triage" in pronto soccorso che esplica le seguenti funzioni fondamentali:

- diagnosi preliminare rapida e prima terapia d'urgenza;
- valutazione clinico-strumentale della effettiva necessità di ricovero e avvio al presidio intra o extra ospedaliero più idoneo per l'eventuale successivo trattamento.

La funzione di triage costituisce il “nucleo primario” dell’attività di pronto soccorso. Essa è presente in ogni presidio della rete di emergenza e costituisce il “minimo funzionale” da porre a base di qualsiasi articolazione organizzativa dei servizi di pronto soccorso, i cui requisiti fondamentali sono così individuati:

- A. possibilità di immediata e contemporanea convergenza delle competenze dell’internista, del chirurgo e del rianimatore. Tale aggregazione multidisciplinare deve trovare il suo sostanziale fondamento in concrete modalità di lavoro: definizione comune di protocolli clinici per il trattamento dell’urgenza; lavoro di gruppo per l’analisi e la discussione dei casi più complessi. Tale modello induce di per sé un’aggregazione di tipo dipartimentale attorno all’area funzionale del pronto soccorso e delle unità operative che con tale area più facilmente interagiscono;
  - B. disponibilità immediata dei servizi diagnostici; con un’interazione dinamica che inquadra tali servizi non più come strumento passivo di esecuzione di certi esami, ma come interlocutori attivi sia nella definizione di quali esami è opportuno fare, sia nella interpretazione degli stessi;
  - C. possibilità di ottenere tempestivamente consulenze;
  - D. collegamento funzionale efficace (sviluppo a regime del sistema 118 da realizzarsi entro l’anno in corso) con altri presidi d’urgenza, fissi e mobili, presunti sul territorio;
  - E. particolare qualificazione nel trattamento delle urgenze e delle emergenze, del personale medico e infermieristico;
  - F. disponibilità di un limitato numero di posti letto: l’impossibilità di effettuare determinati accertamenti diagnostici in tempi ridotti o di disporre in determinate ore delle consulenze specialistiche necessarie per risolvere un problema diagnostico nei confronti delle cosiddette urgenze dubbie, determina l’esigenza di trattenere tali urgenze per il tempo tecnicamente indispensabile ad effettuare gli accertamenti diagnostici necessari per valutare l’effettiva necessità di ricovero e, in caso positivo, per indirizzare correttamente il malato. Simile evenienza è una costante per le ore notturne, quando le urgenze che necessitano di ricovero internistico e le urgenze dubbie sono trattenute nei posti letto a disposizione del pronto soccorso. Attribuendo a tali letti unicamente le importanti funzioni prima delineate (medicina d’urgenza o accoglienza esperta), la permanenza in essi va limitata a poche ore e, conseguentemente, il minimo dei letti necessari, da riconvertire all’interno della dotazione per la medicina generale, anche nelle Aziende ospedaliere, è contenuto. Questi letti sono poi utilizzati per tutte quelle forme, al limite tra il sanitario ed il sociale, per le quali si renda opportuno trattenere per qualche ora il caso in osservazione (tossicodipendenza, ebbrezza alcolica, lievi alterazioni di carattere psichico ed altro).
2. Il ricovero ordinario viene disposto dal medico dell’unità operativa preposto all’accettazione. Egli provvede al ricovero sulla base di una proposta redatta da un medico di medicina generale, della guardia medica o da uno specialista dipendente o convenzionato con il SSR, nella quale sia indicata una documentata ipotesi diagnostica. Nella prospettiva della responsabilizzazione del medico di medicina generale, la capacità di proposta verrà concentrata su tale figura. Il paziente può essere indirizzato direttamente all’unità operativa competente per la disciplina od al pronto soccorso, che individua l’unità operativa competente. Nel caso di non corretta individuazione dell’unità operativa., il medico di accettazione della medesima indirizza il paziente - per competenza - ad altra unità operativa dell’ospedale. Per verificare la sussistenza dello stato di malattia, il medico dell’unità operativa, oltre che procedere alla valutazione clinica del paziente, può richiedere o praticare appositi accertamenti diagnostici. In presenza di uno stato di malattia, il ricovero viene disposto in caso di contemporanea necessità di:
- degenza in letto
  - utilizzazione continuativa di apparecchiature strumentali presenti solo in ospedale
  - assistenza medica ed infermieristica continua.

Il ricovero ordinario può essere disposto immediatamente, in caso di esigenza di intervento tempestivo e di disponibilità di posti-letto presso l'unità operativa interessata, o può essere differito, con l'inserimento del paziente nella lista dei ricoveri programmati dell'unità operativa. Nell'intervallo tra l'inserimento nella lista programmata e l'effettivo ricovero, l'unità operativa assicura, se necessario, le procedure di preospedalizzazione, per disporre accertamenti diagnostici, nonché un ciclo terapeutico preliminare atto a ridurre il periodo della successiva degenza, od assiste il paziente in ospedalizzazione domiciliare.

3. Il ricovero programmato è disposto dal medico dell'unità operativa preposto all'accettazione, e viene proposto da medesimi soggetti di cui al punto 2, nonché, in particolare, dai medici dell'unità operativa interessata, in degenza ordinaria od in day-hospital, dove operante. Per ciascuna unità operativa viene tenuta la lista d'attesa dei pazienti per i quali è programmato il ricovero, sulla base di criteri sanitari prefissati, fondati (in via di massima) sull'ordine cronologico, fatti salvi casi di particolare gravità e/o criticità, che richiedano interventi tempestivi. La lista d'attesa viene tenuta separatamente per la degenza ordinaria e per il day-hospital. Il coordinamento delle liste d'attesa è affidato al dirigente medico del presidio ospedaliero.

L'Azienda predispone il “**registro delle prestazioni ospedaliere**”, contenente:

- le prestazioni che ciascuna unità operativa assicura;
- i tempi di attesa medi registrabili;
- i criteri di tenuta delle liste d'attesa.

Il registro è consultabile e pubblicizzato nelle forme opportune.

**L'ospedalizzazione domiciliare** è una forma alternativa al ricovero. E' attivata dal medico dell'unità operativa ospedaliera anche su richiesta dell'utente, ogni qualvolta ciò sia possibile, in relazione a programmi definiti di intervento, in particolare per alcune patologie (es. gravidanze a rischio, anziani e malati terminali).

La decisione di proseguire l'assistenza a domicilio compete all'équipe medica che ha avuto in carico il paziente durante il ricovero ospedaliero, sentito il medico curante.

Alla stessa équipe medica fa capo la responsabilità clinica del paziente curato a domicilio.

Le prestazioni erogate a domicilio sono garantite dai servizi ospedalieri e dai servizi delle aziende territoriali, in stretta collaborazione con il medico curante.

Le aziende promuovono, altresì, l'intervento del volontariato, stipulando con esse apposite convenzioni.

Per la formazione di programmi mirati di ospedalizzazione a domicilio con relativo finanziamento, la Giunta regionale predisporrà un'apposita direttiva entro sei mesi dalla entrata in vigore del P.S.R..

**L'accettazione amministrativa** avviene presso i luoghi ove viene disposto il ricovero, a cura dell'Azienda.

Il paziente e/o i familiari sono tenuti a fornire al personale addetto le notizie e la documentazione necessaria.

#### **4.2.10. I dipartimenti ospedalieri**

Si rimanda agli indirizzi applicativi per la strutturazione dipartimentale, in via sperimentale, dei presidi ospedalieri (DGR 781/97).



#### **4.2.11. Il Sistema dell'emergenza-urgenza**

##### **Gli obiettivi**

Tra gli obiettivi del Sistema dell'emergenza, utili al rispetto di un livello di uniformità si prevede:

- di avere una copertura capillare di tutto il territorio regionale tale da garantire il rispetto dei tempi massimi di intervento;
- di erogare le prestazioni di pronto intervento, sia ospedaliero che territoriale, anche negli ospedali di comunità;
- il coinvolgimento dei medici convenzionati dell'emergenza territoriale nei diversi presidi della rete dell'emergenza (centrali operative e dipartimenti di emergenza);
- di garantire l'integrazione dell'assistenza neonatale con il sistema dell'emergenza, per quanto riguarda il collegamento tra i punti nascita di diverso livello;
- di adottare specifici programmi di formazione ed aggiornamento di tutto il personale dedicato, incluso il personale comunque chiamato a prestare, anche occasionalmente nell'ambito della organizzazione ospedaliera, la propria opera per condizioni di emergenza;
- di predisporre appositi programmi di valutazione per la verifica della qualità delle prestazioni erogate;
- di realizzare dei coordinamenti interaziendali finalizzati alla gestione più efficace ed integrata delle risorse territoriali con quelle ospedaliere;
- di operare sulla base di protocolli standardizzati ed uniformi sul territorio regionale, definiti d'intesa tra i vari responsabili delle centrali operative.

##### **Organizzazione dei punti di soccorso**

Si confermano tutti gli stabilimenti ospedalieri quali sedi del sistema di emergenza presidiati dall'equipe di soccorso.

In tutti gli stabilimenti ospedalieri sedi dell'emergenza e nelle sedi aggiuntive individuate dalle Aziende sanitarie, per garantire una migliore copertura territoriale, sulla base dei tempi di intervento previsti dalla normativa vigente, viene garantito l'orario H 24.

L'Azienda USL n. 2, non presentando alcun ospedale dell'emergenza, può prevedere sedi di primo soccorso con orario H 24, per garantire la uniformità del servizio nel proprio ambito territoriale.

La ricognizione effettuata ha messo in evidenza una disomogeneità nelle modalità organizzative e nel reperimento delle risorse.

In particolare si evidenzia che alcune aree del territorio regionale sono servite esclusivamente da operatori volontari con mezzi di proprietà delle rispettive Associazioni.

L'obiettivo che si intende raggiungere è quello di garantire alle prestazioni di soccorso, che verranno erogate sul territorio o a domicilio del paziente, un adeguato livello qualitativo e la necessaria uniformità in tutto l'ambito regionale. Affinché ciò si realizzi occorre standardizzare le équipe di soccorso sia dal punto di vista degli operatori che le compongono e del relativo addestramento professionale, sia nelle dotazioni tecnologiche e di mezzi di trasporto.

Pertanto in ogni punto di soccorso territoriale dovrà essere presente almeno una équipe così configurata:

- autoambulanza di tipo "A";
- infermiere professionale;
- autista.

che potrà essere integrata da un operatore medico sulla base delle valutazioni fatte dalla centrale operativa. In alternativa dovrà essere disponibile un'auto medicalizzata messa a disposizione dagli ospedali della rete dell'emergenza e dalle sedi aggiuntive.

Il personale suddetto dovrà possedere una adeguata e verificata competenza professionale conseguita a seguito di appositi corsi di formazione.

Nella fase di avvio le Aziende sanitarie potranno, per accelerare i tempi di operatività, avvalersi delle Associazioni del volontariato secondo quanto previsto dalla DGR n. 884/1998 relativamente al personale ed ai mezzi.

In fase di prima attuazione ed in via sperimentale le Aziende sanitarie possono ricorrere all'utilizzo di auto medicalizzate.

Tali mezzi, che hanno un equipaggio costituito da un medico ed un infermiere professionale nonché una dotazione di apparecchiature assistenziali, dovranno essere utilizzati in maniera integrata con i restanti mezzi di soccorso (autoambulanze).

In particolare si raccomanda che, nella pianificazione aziendale ai fini del corretto utilizzo di tutti i mezzi di soccorso, si tenga conto della maggiore copertura del territorio garantita dall'auto medicalizzata. Ciò potrebbe consentire o una minore densità territoriale per quanto riguarda la dislocazione dei punti di soccorso o una riduzione del rispettivo orario di funzionamento.

L'auto medicalizzata, inoltre, agevola la messa in rete delle Associazioni di Volontariato che possono partecipare al sistema conferendo autisti e mezzi ubicati anche al di fuori delle sedi di soccorso precedentemente individuate.

Per l'assistenza neonatale sono previste particolari unità mobili di trasporto neonatale.

### **Il personale del Sistema di Emergenza**

Il personale da adibire al sistema di emergenza, sia dipendente che convenzionato, secondo quanto previsto dal DPR n. 484/96, è rappresentato dagli operatori del sistema di allarme (addetti alla centrale operativa) e da operatori che prestano servizio nelle postazioni di soccorso (pronto intervento ospedaliero e/o territoriale).

Per le attività di emergenza, inoltre, ci si potrà avvalere, con esclusione del personale medico e infermieristico, del volontariato ove questo risulti presente ed in grado di fornire le prestazioni richieste. Tale coinvolgimento dovrà essere disciplinato attraverso apposite convenzioni che saranno stipulate dalle Aziende sanitarie locali.

Resta ferma la possibilità per le Aziende sanitarie di avvalersi delle prestazioni delle associazioni di volontariato per i trasporti ordinari dei pazienti.

Tutto il personale coinvolto nel sistema dell'emergenza, compreso quello del volontariato, dovrà, sulla base della programmazione regionale d'intesa con il CRES, partecipare ai corsi obbligatori di aggiornamento professionale anche al fine dell'accreditamento delle diverse professionalità presenti.

Le Aziende sanitarie nell'utilizzare il personale medico convenzionato attualmente impegnato nel servizio della continuità assistenziale così come previsto dal D.P.R. n. 484/96 dovranno procedere, a seguito di accordi decentrati locali e sulla base di indicazioni regionali, alla riorganizzazione del relativo servizio al fine del coordinamento e della necessaria integrazione funzionale con l'attività dell'emergenza sanitaria, tenuto anche conto della redistribuzione del carico di lavoro gravante sull'attuale servizio della continuità assistenziale.

### **Aggiornamento obbligatorio del personale**

In fase di avvio sono previsti dei corsi di aggiornamento per:

- medici dipendenti addetti alle centrali operative, degli ospedali di riferimento e dei servizi dell'area critica;
- medici di ospedali di comunità incaricati dello svolgimento delle attività di pronto intervento;
- medici convenzionati dell'emergenza territoriale;
- infermieri professionali impegnati nelle centrali operative e nell'équipe del soccorso territoriale;
- autisti ed altri operatori impegnati nelle centrali operative e nel soccorso territoriale.

### **Gli ospedali di riferimento per l'emergenza**

Il Consiglio Regionale dell'Umbria ha individuato con l'atto di riordino della rete ospedaliera (DCR 311/97) sette stabilimenti quali sedi di riferimento per le attività di emergenza sanitaria:

- Città di Castello
- Gubbio
- Perugia (con Centrale Operativa)
- Foligno (con Centrale Operativa)
- Spoleto
- Terni (con Centrale Operativa)
- Orvieto

I costituenti Dipartimenti di Emergenza Accettazione (DEA) riassorbiranno, abolendole, le preesistenti strutture organizzative tipologicamente configurate come divisioni o sezioni, e saranno gestiti secondo logiche dipartimentali.

Il personale adibito al pronto intervento territoriale eserciterà il proprio mandato operativo sotto il coordinamento della centrale operativa e sarà tenuto al rispetto rigoroso dei protocolli appositamente predisposti.

La responsabilità dell'organizzazione dell'attività dei DEA, compreso il pronto intervento territoriale, ricade sull'azienda sanitaria di riferimento.

La delibera n° 311/97 del Consiglio Regionale inoltre stabilisce che il dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA) sarà unico per ogni azienda che dispone almeno di un ospedale di riferimento per l'emergenza.

I servizi delle Aziende che non dispongono di ospedali di riferimento per l'emergenza si integrano con il dipartimento delle Aziende ospedaliere di riferimento, concorrendo alla istituzione del Dipartimento interaziendale. E' comunque indispensabile la realizzazione di dipartimenti interaziendali finalizzati alla gestione più efficace ed integrata delle risorse territoriali con quelle ospedaliere.

Nell'ambito del dipartimento dovrà operare il servizio di pronto soccorso, che nei coordinamenti interaziendali potrà essere articolato in più sedi ove il servizio non avrà una connotazione strutturale.

Nell'ambito del pronto soccorso è garantita la funzione di "triage" (cernita).

Per quanto concerne il "triage" va precisato che la funzione di "triage telefonico" è compito degli operatori di centrale operativa, il "triage in loco" del personale di soccorso, mentre l'organizzazione del "triage di accoglienza" spetta al servizio di pronto soccorso.

Gli Stabilimenti ospedalieri individuati dalla deliberazione del Consiglio Regionale n. 311/1997, quali sedi di riferimento per l'emergenza sanitaria dovranno garantire la possibilità di integrare l'équipe di soccorso territoriale con un operatore medico o in alternativa rendere disponibile un auto medicalizzata.

La continuità del servizio di pronto soccorso dovrà essere comunque garantita attraverso la riorganizzazione conseguente all'attuazione dei singoli piani attuativi locali.

Nelle more di questo processo, le Aziende sanitarie potranno utilizzare in alternativa il personale medico convenzionato attualmente impegnato nel servizio della continuità assistenziale, così come previsto dal D.P.R. n. 484/96.

In questa fase di avvio, per i motivi sopra richiamati, si ritiene congruo trasformare da 15 ad un massimo di 20 unità di personale medico operante nel servizio di continuità assistenziale in quello di emergenza territoriale.

Per l'assistenza neonatale viene confermata la specializzazione dei punti nascita definita con DGR n. 4773 del 23/6/94.

## **Gli Ospedali di Comunità**

Gli stabilimenti ospedalieri di comunità dovranno integrarsi a pieno titolo nella rete territoriale dell'emergenza, garantendo tutte le prestazioni urgenti che sono compatibili con la propria realtà assistenziale.

In attuazione della deliberazione n° 311/97 del Consiglio della Regione Umbria le Aziende sanitarie Locali organizzano, in base alle proprie esigenze territoriali ed in applicazione dei piani attuativi locali, l'attività di urgenza al fine di:

1. stabilizzare il paziente in fase critica attivando tramite centrale operativa il trasporto presso l'ospedale più idoneo secondo protocolli definiti;
2. effettuare un primo intervento medico.

L'orario di effettivo funzionamento di tali servizi sarà correlato ad alcune condizioni specifiche della realtà di riferimento tra le quali la densità di popolazione, il difficile accesso ai presidi ospedalieri sedi di pronto soccorso o di DEA, le condizioni orografiche e viarie, ecc..

Per situazioni particolarmente critiche, occorre indirizzare il paziente direttamente verso uno degli ospedali sede di DEA in modo da garantire la più tempestiva definizione diagnostica del caso e l'avvio del trattamento specifico.

E' di fondamentale importanza che durante il trasferimento di questi pazienti venga garantita a bordo dell'ambulanza una adeguata assistenza sanitaria per stabilizzare le condizioni del paziente. Il personale adibito al pronto intervento territoriale, nell'ambito degli ospedali di comunità, eserciterà il proprio mandato operativo sotto il coordinamento funzionale della centrale operativa e sarà tenuto al rispetto rigoroso dei protocolli appositamente predisposti.

La responsabilità dell'organizzazione delle attività dei DEA, compreso il primo intervento territoriale, nell'ambito degli ospedali di comunità, eserciterà il proprio mandato operativo sotto il coordinamento funzionale della centrale operativa e sarà tenuto al rispetto rigoroso dei protocolli appositamente predisposti.

La responsabilità dell'organizzazione delle attività dei DEA, compreso il primo intervento territoriale, ricade sull'azienda sanitaria di riferimento.

Per i punti di soccorso territoriale coincidenti con gli ospedali di comunità si ravvisa la necessità di posizionare, laddove non fosse già avvenuto, il punto di continuità assistenziale a fianco del servizio di primo soccorso, in modo da garantire, in caso di necessità, la non interruzione del servizio ospedaliero.

Il coinvolgimento del personale convenzionato dovrà avvenire sulla base di appositi Accordi decentrati regionali, i quali dovranno prevedere l'erogazione di eventuali forme di incentivazione.

## **La Centrale Operativa**

Le scelte ratificate dal Consiglio Regionale in materia di centrali operative convengono sull'istituzione di 3 centrali operative secondo lo schema di ripartizione territoriale di seguito riferito. Per quanto attiene l'articolazione territoriale delle centrali operative la DCR 311/97 conferma le seguenti aree di influenza:

**CENTRALE OPERATIVA Perugia:**

comprendente le attuali USL n° 1, 2 l'Azienda Ospedaliera di Perugia

**CENTRALE OPERATIVA Foligno:**

comprendente l'attuale USL n° 3

**CENTRALE OPERATIVA Terni:**

comprendente le attuali USL 4, e l'Azienda Ospedaliera di Terni.

Per quanto attiene i compiti delle centrali operative si rinvia all'atto d'intesa Stato-Regioni pubblicato nella G.U. del 17/5/96.

Per le dotazioni organiche si rinvia a quanto previsto dalla D.G.R. n. 884/1998, mentre per il reclutamento del personale si dovrà adottare la stessa procedura individuata per gli operatori degli ospedali di riferimento per l'emergenza.

Premesso che nella fase iniziale il sistema di emergenza attraverserà necessariamente un periodo di sperimentazione non si esclude, a tale riguardo, la possibilità che sulla base degli impegni operativi effettivamente riscontrati, si possa pervenire a coordinamenti funzionali di area più vasta, consentendo l'ottimizzazione delle attrezzature e delle risorse umane.

### ***Centrale Operativa di Perugia***

Ha competenza territoriale sulle Aziende sanitarie USL 1 e 2, con 3 operatori di centrale così ripartiti:

- un infermiere professionale sempre presente;
- due figure professionali da individuare anche tra altri profili.

Dopo un iniziale periodo di verifica i turni potranno essere modulati, in base al flusso di chiamate.

Il medico di centrale, di norma, dovrà essere sempre presente h 24 anche se, in turni a bassa frequenza di chiamata, potrà essere previsto, in alternativa, il cosiddetto "medico di appoggio".

### ***Azienda Ospedaliera di Perugia***

Sede di DEA di secondo livello e di Centrale Operativa, dovrà garantire un punto di primo intervento ospedaliero e territoriale attraverso personale medico e infermieristico idoneamente formato e con l'utilizzo degli automezzi equipaggiati per il soccorso sanitario.

### ***Centrale Operativa di Foligno***

Ha competenza su tutto il territorio dell'Azienda Sanitaria n. 3, con 2 operatori di centrale così ripartiti:

- un infermiere professionale sempre presente;
- una figura professionale da individuare anche tra altri profili.

Dopo un iniziale periodo di verifica i turni potranno essere modulati, in base al flusso di chiamate.

Il medico di centrale, di norma, dovrà essere sempre presente h 24 anche se, in turni a bassa frequenza di chiamata, potrà essere previsto, in alternativa, il cosiddetto "medico di appoggio".

### ***Centrale Operativa di Terni***

Ha competenza territoriale sulle Aziende sanitarie USL n. 4 e n. 5, con 2 operatori di centrale così ripartiti:

- un infermiere professionale sempre presente;
- una figura professionale da individuare anche tra altri profili.

Dopo un iniziale periodo di verifica i turni potranno essere modulati, in base al flusso di chiamate.

Il medico di centrale, di norma, dovrà essere sempre presente h 24 anche se, in turni a bassa frequenza di chiamata, potrà essere previsto, in alternativa, il cosiddetto "medico di appoggio".

### ***Azienda Ospedaliera di Terni***

Sede di DEA di secondo livello e di Centrale Operativa, dovrà garantire un punto di primo intervento ospedaliero e territoriale attraverso personale medico e infermieristico idoneamente formato e con l'utilizzo degli automezzi equipaggiati per il soccorso sanitario.

La Regione dell'Umbria, in considerazione della conformazione orografica del proprio territorio si impegna (insieme ad altre Regioni limitrofe) a valutare la possibilità di attivare un servizio di Emergenza di Elisoccorso per rendere tempestivo l'intervento d'urgenza in tutto il territorio regionale.

#### **4.2.12. Il superamento delle liste d'attesa**

##### **Problemi**

La questione della accessibilità alle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale rappresenta uno dei punti critici più gravi, con conseguenze negative sui diritti dei cittadini e sulla efficienza del sistema.

Il disagio prodotto dai lunghi “tempi d’attesa” colpisce la persona in uno dei momenti di massima precarietà, con il rischio di un aggravamento del suo stato di salute per le risposte “fuori tempo” e perciò inefficaci.

Risiede qui una delle cause, spesso la principale, che spinge il cittadino a ricorrere a prestazioni a pagamento, a volte in sede pubblica, più spesso in sede privata.

L’intervento sulle “liste d’attesa” ha un effetto duplice: garantisce il diritto del cittadino, produce una spinta al migliore impiego dei fattori della produzione.

Sono da evidenziare alcuni momenti critici:

- a) il cittadino che deve ricorrere a prestazioni diagnostico-strumentali o specialistiche “spende” mediamente 4 o 5 giorni del suo tempo: inizia con la visita del medico curante, passa allo sportello della USL per la prenotazione, si sottopone all’esame diagnostico o alla visita specialistica, ritira il referto, spera di chiudere il percorso con la nuova visita del medico curante;
- b) le code allo sportello di molte ore per la prenotazione; spesso la fila agli sportelli riguarda anziani, persone fragili che dal primo mattino si mettono in fila per giungere in tempo per la prenotazione;
- c) i tempi lunghi, a volte dei mesi, per ottenere la visita specialistica, l’accertamento strumentale, il ricovero in ospedale, l’intervento.

##### **Obiettivi**

Semplificare le procedure d’accesso;

decentrare le prestazioni e la prenotazione;

ridurre ed eliminare progressivamente le liste d’attesa:

qualificare la domanda.

##### **Azioni**

*Agire sulla domanda*, per renderla congrua ed appropriata, è compito permanente e prioritario del Servizio Sanitario Nazionale.

Il Servizio Sanitario, pertanto, si deve dotare, a partire dal livello distrettuale ed aziendale, di un sistema di monitoraggio e di valutazione della domanda espressa.

Questo deve consentire un coinvolgimento consapevole dei medici di famiglia anche per stabilire un rapporto corretto tra domanda e prescrizione e fornire un filtro per le prestazioni inappropriate.

In ogni Azienda sanitaria e in ogni distretto deve essere attivato un sistema di monitoraggio delle prescrizioni mediche per una valutazione della loro appropriatezza e congruità.

*Agire sull’offerta*, per dare risposte urgenti ai cittadini e correggere disfunzioni ed improduttività dei servizi sanitari pubblici. A questo proposito si propongono interventi per:

a) la conoscenza del fenomeno

- attivazione di un sistema di monitoraggio sulle liste di attesa in ogni Azienda, con il coinvolgimento degli Uffici Relazioni con il Pubblico e delle organizzazioni di tutela dei cittadini;
- obbligo di comunicazione dei dati convenuti e significativi al livello centrale;
- censimento delle realtà aziendali nelle quali è stato risolto il problema delle liste di attesa;

- diffusione delle informazioni utili a generalizzare le soluzioni che hanno prodotto i risultati positivi;
  - sperimentazione di modelli innovativi volti alla semplificazione delle procedure e dei percorsi per l'accesso ai servizi e alle prestazioni;
- b) la semplificazione del sistema di prenotazione
- generalizzare in tutte le Aziende sanitarie e ospedaliere i Centri Unificati di Prenotazione (CUP);
  - informatizzazione e decentramento del sistema di prenotazione, facendo perno sul medico di famiglia, inteso prima di tutto come sede ed agenzia per la “presa in carico” della domanda del cittadino;
  - semplificazione delle procedure amministrative per ridurre i passaggi a carico del cittadino;
  - programma generale di aggiornamento del personale coinvolto nella informatizzazione e nel sistema della prenotazione.
- c) abbreviare i tempi di risposta
- obbligo a far funzionare fino a 24 ore su 24 le strutture e i presidi ad alta tecnologia che registrano liste di attesa;
  - applicazione rigorosa al personale medico del contratto di diritto comune, con impiego del tempo di lavoro interamente all'interno delle strutture sanitarie pubbliche, con incentivo, là dove necessario, per smaltire le liste di attesa.

### **Le Aziende**

Ogni Azienda sanitaria e ospedaliera deve dotarsi di un piano per il monitoraggio e per il superamento delle liste di attesa.

Annualmente, in sede di approvazione del bilancio consuntivo, il Direttore generale presenta una relazione specifica sul diritto d'accesso del cittadino alle prestazioni e sui risultati raggiunti per il superamento delle liste di attesa.

La relazione trasmessa alla Regione ed alla Conferenza dei Sindaci è messa a disposizione dei cittadini e delle Associazioni che ne facciano richiesta.

Il mancato raggiungimento degli obiettivi costituisce elemento di valutazione dell'operato del Direttore e dello Staff dirigenziale dell'Azienda.

### **4.2.13. La Day Surgery come strumento per qualificare la funzione ospedaliera**

La day surgery è un modello assistenziale profondamente innovativo, in grado di conciliare efficienza, efficacia e qualità. Il progressivo affermarsi della day surgery, conseguente al notevole sviluppo delle tecniche diagnostiche e terapeutiche ed alla progressiva riduzione del numero dei posti letto per acuti, consente di:

1. attuare, mediante una adeguata selezione dei pazienti ed una specifica organizzazione, un modello di assistenza chirurgica che risulti di pari efficacia rispetto a quello tradizionale;
2. erogare una assistenza migliore a pazienti affetti da patologie chirurgiche più impegnative, in quanto si rendono disponibili posti letto e personale non più utilizzati nell'assistenza ai casi con affezioni chirurgiche minori;
3. ridurre le liste di attesa;
4. facilitare i pazienti e le loro famiglie soprattutto dal punto di vista psicologico e sociale;
5. razionalizzare, ed in molti casi contenere, il costo dell'assistenza chirurgica;
6. diversificare il flusso dei pazienti chirurgici, con benefici non solo per i pazienti, ma anche per gli ospedali, nei settori dell'organizzazione del lavoro medico, infermieristico, della utilizzazione delle sale operatorie e della rilevazione dei costi.

La sua introduzione nella attuale organizzazione ospedaliera comporta un diverso assetto organizzativo, con sviluppi sulla funzione, sulla gestione e sull'economia di grande rilevanza e complessità, in grado di facilitare l'applicazione delle indicazioni previste dalla legge 382 del 18.07.1996 che ha definito il quadro di riferimento per la riorganizzazione della rete ospedaliera da realizzare entro il 31.12.1999, prevedendo, per quanto riguarda l'organizzazione interna, un tasso di occupazione non inferiore al 75%, una dotazione media di 5,5 posti letto per mille abitanti, di cui l'uno per mille riservato alla riabilitazione ed un tasso di ospedalizzazione del 160 per mille.

L'occasione fornita dall'obbligo della ristrutturazione della rete ospedaliera, anche fruendo dei finanziamenti ex art. 20 della Legge 67 del 1988, consente di inserire la day surgery tra i provvedimenti in grado di influire sul numero e sulla dislocazione dei posti letto delle discipline chirurgiche e, quindi, sul numero, la grandezza e la stessa forma degli ospedali.

La programmazione regionale, partendo dall'analisi di performance dei singoli ospedali e dalla stima dell'attività chirurgica riconvertibile, ha individuato come una delle priorità l'attivazione della day surgery con l'obiettivo di:

- Riquilibrare la funzione ospedaliera
- Ridurre e standardizzare la degenza media
- Ottimizzare l'indice di operatività
- Attivare la day surgery in tutte le Aziende entro il 1998
- Trasferire in day surgery, entro il 31.12.1999, la totalità delle procedure riconvertibili.

Le azioni di riorganizzazione adottate porteranno a conseguire i seguenti risultati:

- Aumentare la soddisfazione degli utenti
- Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri
- Diversificare il flusso dei pazienti
- Ridurre l'incidenza delle infezioni nosocomiali
- Aumentare l'efficienza gestionale
- Liberare risorse per l'assistenza intensiva post-operatoria
- Razionalizzare il costo dell'assistenza ospedaliera

La Regione ha già adottato una serie di atti volti a facilitare la implementazione della day surgery in tutti gli ospedali:

- Delibera n. 7926 dell'11.11.1996 (Linee Guida per il riordino della rete ospedaliera).
- Delibera n. 311 del 03.02.1997 (Riorganizzazione della rete ospedaliera).
- Delibera n. 2988 del 09.04.1997 (Linee Guida per l'organizzazione delle attività in day surgery) nella quale sono stati:

- a) definiti gli interventi eseguibili con sicurezza in day surgery, i modelli organizzativi, i requisiti tecnologici e strutturali, le procedure per l'istituzione della day surgery, i criteri di selezione dei pazienti, la regolamentazione del ciclo assistenziale e gli indicatori di qualità;
- b) fornite indicazioni vincolanti ai Direttori Generali, introducendo l'attivazione della day surgery tra i criteri di valutazione del loro operato;
- c) destinate specifiche risorse aggiuntive per implementare i nuovi modelli organizzativi.

Delibera n. 3270 del 28.05.1997 nella quale è stato individuato un sistema di finanziamento che incentiva le prestazioni effettuate in day surgery.

Un punto molto importante riguarda la scelta del modello organizzativo più idoneo da sviluppare nelle Aziende ospedaliere e soprattutto nei presidi ospedalieri delle Aziende USL tra i tre possibili modelli previsti: Unità di degenza monospecialistica o multidisciplinare esclusivamente dedicata ai casi di chirurgia di giorno, posti letto dedicati all'interno della degenza ordinaria.

**Le Unità autonome** sono funzionanti negli ospedali con volume/anno di interventi chirurgici elevato.



Secondo il Royal College of Surgeons of England, in un ospedale che pratichi più di 12.000 interventi chirurgici l'anno, un'unità autonoma di 20 posti letto, funzionante per 240 giorni l'anno, con un indice di occupazione del 80% potrebbe garantire il trattamento di 3.840 casi.

Nella realtà regionale le due Aziende ospedaliere di Terni e di Perugia presentano un volume di attività tale da poter prevedere la creazione di Unità autonome, nelle quali avviare tutti gli interventi da praticare in regime di day surgery dell'intero dipartimento chirurgico, utilizzando un padiglione dedicato all'interno dell'ospedale.

**Le Unità di degenza dedicate** sono strutture individuate all'interno degli ospedali nelle quali vengono ricoverati solamente pazienti da sottoporre ad interventi in regime di day surgery.

Rappresentano il modello ideale per Ospedali con attività chirurgica di media-elevata entità, e possono avere carattere mono o multi disciplinare ed essere dotate di sale operatorie indipendenti, possibilmente adiacenti alla degenza, oppure utilizzare secondo turni stabiliti le sale operatorie centralizzate.

L'entità e la tipologia della casistica trattata negli ospedali presidi di USL rende preferibile l'istituzione di Unità multispecialistiche nelle quali confluiscono le attività chirurgiche delle diverse unità di degenza ordinaria dello stesso dipartimento o di più dipartimenti.

**I posti letto dedicati** all'interno di unità operative, anche se rappresentano il modello più semplice da attuare, non rivestono particolare utilità poiché non consentono di garantire la programmazione, la diversificazione dei flussi dei pazienti, non rispondono alla prerogativa di personalizzare l'assistenza e, inoltre, non consentono di ottimizzare l'uso delle risorse.

È demandato alle Direzioni Aziendali l'individuazione del modello organizzativo più idoneo per garantire l'efficienza gestionale una volta avviata l'analisi dell'assetto organizzativo e delle modalità di funzionamento e stimata la quota di attività chirurgica trasferibile, utilizzando le liste degli interventi chirurgici allegate alla delibera 2088 del 07.04.1997.

## **5. LE AREE PROGETTUALI**

Il Piano Sanitario Regionale individua, in linea con il Piano Sanitario Nazionale, alcune aree di intervento sulle quali ritiene opportuno intervenire attraverso atti programmatici di indirizzo generale.

Le priorità di intervento di seguito indicate non sono esaustive rispetto al complesso degli interventi e degli atti di indirizzo che saranno sviluppati nel triennio ma nascono da una valutazione di priorità che tiene conto del complesso delle indicazioni politiche e tecniche acquisite nel percorso di elaborazione del PSR.

Per tale motivo i progetti di intervento di seguito elencati comprendono sia azioni rivolte all'ottimizzazione della rete assistenziale dedicata a specifiche condizioni di rischio o patologiche, sia azioni rivolte all'implementazione di aspetti gestionali innovativi o su quali le performance ottenute non sono soddisfacenti.

## **5.1 ATTI DI INDIRIZZO PROGRAMMATICO ALLEGATI AL PIANO**

Rispetto a questo ambito di priorità già acquisite, il Piano fa proprie le indicazioni progettuali più mature sul piano tecnico e redazionale:

- **Prevenzione e assistenza oncologica**
- **Promozione e tutela della salute degli anziani**
- **Progetto Umbria Diabete**
- **Programma regionale sangue**
- **Progetto Trapianti**
- **Progetto Farmaci**
- **Attuazione della Carta dei Servizi**

### **5.1.1 Prevenzione e assistenza oncologica**

Le patologie neoplastiche costituiscono nel nostro Paese il secondo grande gruppo di cause di morte e rappresentano quindi un problema di assoluta rilevanza sociale, considerando anche il continuo incremento del numero degli ammalati di tumore legato al prolungamento della vita media, all'aumento della sopravvivenza registrato negli ultimi anni per molte neoplasie, ed alla aumentata esposizione della popolazione ai fattori oncogeni ambientali.

La lotta contro i tumori in tutti i suoi aspetti, preventivi, terapeutici ed assistenziali, deve quindi necessariamente costituire una delle priorità fondamentali della programmazione sanitaria nazionale e delle singole Regioni, soprattutto perché l'assistenza medica agli ammalati di cancro appare in continua evoluzione per i cambiamenti nelle tecniche e strategie terapeutiche e per le crescenti, molteplici esigenze degli ammalati nelle diverse fasi della loro condizione clinica.

In Umbria, dai dati epidemiologici riferiti al 1994, i tumori rappresentano la seconda causa di morte nella popolazione generale con un numero di 2.490 decessi per cancro ogni anno (1470 nei maschi

e 1020 nelle femmine), con un tasso annuo di 369,2 morti per 100.000 abitanti nei maschi e di 241,2 per 100.000 nelle femmine, rispetto ad un tasso italiano di 317.1 per 100.000 abitanti nei maschi e di 161.0 nelle femmine, riferito allo stesso periodo.

Per quanto riguarda i dati di incidenza, la recente pubblicazione del registro Tumori Umbro di Popolazione, sempre relativa al 1994, dimostra che in tale anno sono stati diagnosticati in Umbria 4193 casi di tumore maligno (2329 nei maschi e 1864 nelle femmine) con un tasso grezzo di 583,8 per 100.000 residenti nei maschi e di 440 nel sesso femminile.

La realtà oncologica in Umbria presenta alcuni aspetti molto favorevoli (dati di sopravvivenza, attività di ricerca, taluni settori dell'assistenza), altri che non si discostano dalla media (consapevolezza del problema "tumori") ed altri ancora che debbono essere molto migliorati (attivazione degli screening per i cr. della mammella e della cervice e disponibilità dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici, coordinamento delle competenze). Anche se il quadro complessivo può essere considerato soddisfacente, ogni sforzo deve essere fatto - ed è nelle nostre possibilità - per arrivare ad una organizzazione completa delle attività che assicurino un elevato standard di assistenza in tutta la Regione.

E' ormai superata la distinzione tra tumori di interesse prevalentemente chirurgico, misto (chirurgico-radioterapico-medico) o prevalentemente medico, non solo perché casi del primo e secondo gruppo possono diventare, per lo sviluppo di localizzazioni secondarie, di interesse prevalentemente medico, ma anche per l'estesa diffusione delle terapie adiuvanti o neoadiuvanti, il che determina sempre più l'esigenza di un trattamento integrato per una gamma sempre più vasta di tumori, per cui è indispensabile considerare in modo adeguato formule organizzative che consentano attività comuni tra le varie competenze.

Per riorganizzare in maniera integrata i servizi che si occupano di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione in ambito oncologico e al fine di fornire prestazioni qualitativamente elevate ed economicamente convenienti, devono essere rispettati alcuni presupposti irrinunciabili quali:

- uniformità tra i vari servizi che svolgono, allo stesso livello o a livelli diversi, attività oncologica assistenziale;
- omogeneità degli interventi in ambito regionale e uniformità sul territorio delle procedure relative a programmi di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione;
- partecipazione integrata di varie competenze alla programmazione e alle attività dei servizi;
- sviluppo e applicazione di programmi di verifica della qualità delle prestazioni fornite;
- coordinamento e potenziamento dei programmi di aggiornamento ed educazione permanente del personale medico ed infermieristico;
- istituzione e coordinamento dei programmi di assistenza oncologica e di ospedalizzazione oncologica domiciliari;
- istituzione e coordinamento dei programmi di riabilitazione psicofisica, sia domiciliare che ospedaliera ed extraospedaliera.

### **5.1.1.1 La situazione attuale**

#### *Attività di prevenzione primaria e di educazione alla salute*

Le attività di prevenzione primaria e di educazione sanitaria nei confronti dei fattori di rischio neoplastico noti, modificabili e ad impatto sanitario provato (fumo, alcool, HBV, cancerogeni lavorativi e ambientali) dopo la grande attenzione ricevuta negli anni 70 e 80, hanno risentito nell'ultimo decennio di problemi di coordinamento e di una minore attenzione generale, dovuta anche ai ritardi nella ridefinizione delle competenze in materia di controlli ambientali ed alle modifiche di competenze determinati dalla normativa in materia di tutela della salute nei luoghi di lavoro. Alcuni interessanti esperienze in materia di studi sulla prevalenza delle esposizioni a rischio

relative a fattori comportamentali, ambientali ed a cancerogeni lavorativi sono state condotte in alcune USL, sia con risorse proprie che grazie alla collaborazione dei LESP e di altre istituzioni.

#### *Attività di prevenzione secondaria*

Nonostante siano stati destinati allo sviluppo delle attività di prevenzione secondaria raccomandate dalla Commissione Oncologica nazionale (screening per il cr. della mammella e della cervice) risorse ad hoc, si registrano ritardi e disomogeneità nella attivazione dei relativi programmi e molto resta da fare in termini di verifica di qualità, sorveglianza epidemiologica e garanzia di percorsi diagnostico terapeutici alle donne risultate positive allo screening.

#### *Attività di assistenza oncologica svolte nelle Aziende USL.*

In quest'ultima decade si sono sviluppate spontaneamente, in rapporto alla crescente necessità di trattamenti specialistici in campo oncologico, importanti attività ambulatoriali e di day-hospital praticamente in tutti i presidi ospedalieri della Regione; le attività sono coordinate da consulenti oncologi delle Aziende ospedaliere di Perugia e Terni; sono inoltre da segnalare le attività di assistenza domiciliare ai malati neoplastici inguaribili svolte in parti di territorio di diverse USL da unità di cure palliative con il supporto di associazioni di volontariato.

Nella USL n° 2 di Perugia esistono al momento cinque Ospedali nei quali sono presenti strutture ed attività oncologiche operanti da alcuni anni.

Alla fine del 1993, nella allora ULSS Media Valle del Tevere è stata istituita una posizione di Aiuto di Oncologia Medica, per far fronte in maniera adeguata ad una domanda non più fronteggiabile con l'impiego di due consulenti con due accessi settimanali; si è così sviluppata un'attività di Oncologia nella *Divisione di Medicina dell'Ospedale di Marsciano*, con la realizzazione di un ambulatorio oncologico stabile che dal mese di aprile 1994, data in cui ha preso servizio il vincitore del concorso, ha erogato numerose prestazioni specialistiche quali consulenze, visite ambulatoriali e somministrazioni di chemioterapia.

Da anni è in funzione un ambulatorio oncologico con personale e strutture specifiche presso gli *Ospedali di Città della Pieve e Castiglione del Lago*. In entrambi gli Ospedali sono state acquistate cappe a flusso laminare per la preparazione dei farmaci antitumorali, e sono in funzione ambulatori oncologici e strutture di day-hospital con personale infermieristico specificamente addestrato, per la presenza da anni, attraverso tre accessi settimanali, di specialisti della Divisione di Oncologia Medica in veste di consulenti.

Allo stesso modo da anni è attivo un servizio di Consulenza Oncologica presso l'*Ospedale di Assisi*, affidato a specialisti dell'Oncologia Medica e della Radioterapia.

Nel territorio del Perugino, da sette anni, è in funzione un servizio di assistenza oncologica domiciliare integrata, gestita dal volontariato in collaborazione con l'Azienda USL. L'équipe è attivata su richiesta dei medici di medicina generale, in stretta collaborazione con i distretti.

Nelle *USL di Città di Castello, di Foligno-Spoleto e nella attuale Usl 4 per quanto riguarda l'Orvietano*, da anni è presente un'attività oncologica articolata su day hospital e ambulatori che si avvale dell'impegno parziale di medici e infermieri delle Divisioni di Medicina e della consulenza settimanale di specialisti dell'Oncologia Medica dell'Azienda ospedaliera di Perugia e, per quanto riguarda l'ospedale di Foligno, anche della Radioterapia Oncologica.

Nell'ospedale di Umbertide è in funzione da sei anni un servizio di day hospital diretto da un medico oncologo che, grazie anche al volontariato, è in grado di raggiungere i pazienti, con infermieri volontari, anche a domicilio.

Nell'ospedale di Foligno è in funzione un day hospital, in una sede adiacente all'ospedale, il cui costo è a totale carico del volontariato; un day-hospital è attivo anche all'ospedale di Spoleto.

Nella USL di Città di Castello è operante un servizio automobilistico gestito dal volontariato, che si occupa del trasporto quotidiano dei pazienti presso la Radioterapia di Arezzo e di Perugia.

Negli altri *ospedali della provincia di Terni (Amelia e Narni)*, si svolge da anni un servizio di consulenza oncologica da parte dei medici del servizio oncologico dell'ospedale di Terni. Tale attività si articola in visite ambulatoriali, consulenze, attività terapeutica (chemioterapia).

I limiti, più evidenti, di questa organizzazione consistono nella mancanza di autonomia e nella frammentarietà del lavoro che impedisce a queste strutture di diventare il punto di riferimento ed integrazione delle attività oncologiche diagnostiche e terapeutiche dei singoli ospedali, con conseguenti ritardi e risposte terapeutiche non sempre ottimali.

Poco integrate e sviluppate sono inoltre le attività di supporto al paziente oncologico di competenza delle strutture territoriali (assistenza ai malati terminali, supporto psicologico, etc.).

#### *Assistenza oncologica nelle Aziende ospedaliere di Perugia e Terni*

Nell'Azienda ospedaliera di Perugia vi sono al momento *sei unità organiche* istituzionalmente deputate al trattamento dei tumori:

1. la divisione di Oncologia Medica del Policlinico Monteluce di Perugia
2. il servizio di Radioterapia Oncologica del Policlinico Monteluce di Perugia
3. la clinica Ematologica dell'Università di Perugia
4. la divisione di Pediatria dell'Ospedale Silvestrini di Perugia
5. l'istituto di Medicina Interna e Scienze Oncologiche dell'Università di Perugia
6. l'istituto di Chirurgia Generale e Terapia Oncologica dell'Università di Perugia.

Presso l'Oncologia medica, il volontariato aiuta nella gestione dell'accoglienza ai malati, li assiste psicologicamente con personale specializzato, è presente con personale proprio presso la segreteria dello stesso servizio e collabora nella gestione del day hospital.

Va precisato che esistono anche:

- la Tac oncologica donata e gestita dal volontariato nell'ambito della Radiologia generale del Policlinico di Perugia;
- l'ambulatorio oncologico multidisciplinare, non strutturato ma gestito funzionalmente dai primari di oncologia medica e di radioterapia oncologica.

Nell'Azienda ospedaliera di Terni sono presenti *due unità organiche specialistiche*:

- il servizio di Oncologia Medica;
- la Radioterapia Oncologica.

Il servizio di Oncologia Medica, pur operando in piena autonomia, è formalmente parte dell'istituto di Clinica Medica. Nel corso degli anni ha raggiunto livelli ottimali per quel che riguarda l'organizzazione dei trattamenti terapeutici ed ha contribuito a realizzare un'eccellente integrazione sul piano diagnostico e terapeutico con le altre discipline dell'Azienda.

Il servizio Oncologico di Terni non ha letti di degenza, ma un day hospital ed un'attività ambulatoriale che consentono l'applicazione di tutti i trattamenti ed i protocolli terapeutici in maniera ottimale, con l'eccezione della terapia ad alte dosi.

La Radioterapia Oncologica costituitasi nel corso degli ultimi anni e la cui potenzialità si è recentemente accresciuta con nuove strumentazioni, collabora strettamente con la Radioterapia di Perugia, soprattutto per quanto riguarda le dosimetrie ed i piani di trattamento.

Presso la realtà ternana è stata inoltre attivata, secondo le linee guida specifiche, una positiva collaborazione con il servizio di psicologia dell'Azienda ospedaliera, sostenuta anche da una borsa di studio finanziata dal volontariato, che ha consentito di fornire assistenza psicologica ai pazienti e supporto psicologico ai familiari.

### **5.1.1.2. I riferimenti organizzativi e funzionali per il triennio 1999-2001**

La organizzazione di una rete regionale per la prevenzione e assistenza oncologica deve garantire, ad ogni livello, il coordinamento di tutte le singole attività ed iniziative.

Il Piano punta a definire il quadro organizzativo e funzionale per la prevenzione ed assistenza oncologica in Umbria e pertanto assegna:

- A) funzioni di coordinamento regionale al Centro di Riferimento Oncologico Regionale;
- B) competenze in materia di prevenzione primaria, educazione alla salute, attivazione e messa a regime dello screening alle Aziende Sanitarie locali;
- C) funzioni di assistenza oncologica opportunamente differenziate tra Poli Oncologici Regionali e Aziende USL;
- D) Funzioni di assistenza al malato oncologico terminale.

#### **A) Il Centro di Riferimento Oncologico Regionale**

A livello regionale viene costituito un Centro di Riferimento Oncologico con il compito di:

- assistere, tramite le indicazioni della Commissione Oncologica Regionale, le autorità regionali nella formulazione di programmi per interventi oncologici;
- supportare l'organizzazione delle attività oncologiche svolte dai presidi esistenti nel territorio regionale;
- standardizzare le metodiche diagnostiche-terapeutiche, allestendo e validando protocolli;
- gestire dell'anagrafe delle sperimentazioni cliniche;
- contribuire alla formazione ed aggiornamento del personale;
- svolgere attività di osservatorio degli interventi di prevenzione primaria e secondaria e di analisi della mobilità sanitaria;
- valutare la qualità dell'attività dei servizi oncologici dei vari ospedali;
- contribuire alla valutazione epidemiologica degli interventi.

Le funzioni di Centro di riferimento oncologico regionale possono essere affidate ad uno dei dipartimenti oncologici, prevedendo nella sua organizzazione la partecipazione dei responsabili degli altri dipartimenti oncologici regionali e la collaborazione con l'Università/Dipartimento di Igiene, con referenti dell'Assessorato Regionale alla Sanità/Osservatorio Epidemiologico Regionale, e del Registro Tumori di Popolazione Umbro, con i Dipartimenti di Prevenzione e Servizi di Epidemiologia delle ASL, con i direttori delle scuole di specializzazione in oncologia, radioterapia e chirurgia oncologica, con un rappresentante dei medici di medicina generale e delle associazioni di volontariato.

#### **B) Le attività di prevenzione**

##### *Prevenzione primaria ed educazione alla salute*

Le Direzioni delle aziende sanitarie locali predispongono attraverso i Dipartimenti di Prevenzione i programmi di prevenzione ed educazione alla salute rivolti ai fattori di rischio noti, modificabili e ad impatto sanitario provato, che sono realizzati dai Distretti sanitari. Curano inoltre, con il supporto dei Dipartimenti di prevenzione e previa intesa con l'Agenzia Regionale per la Prevenzione Ambientale e con l'Assessorato regionale alla Sanità, l'attuazione dei programmi di rilevazione e monitoraggio sui fattori di rischio cancerogeno ambientali e lavorativi.

Per parte sua, la Regione si impegna ad omogeneizzare, con la collaborazione dell'ISTAT, le rilevazioni sulla prevalenza di esposizioni a fattori di rischio comportamentale, con stime subregionali a livello delle attuali quattro USL, anche nel quadro delle collaborazioni con istituti di

ricerca nazionali per le valutazioni relative al raggiungimento degli obiettivi di salute di cui al capitolo 2 del presente PSR.

#### *Prevenzione secondaria*

Le Direzioni delle aziende sanitarie locali attivano lo screening per i tumori della mammella e della cervice, curano l'attivazione di programmi di controllo di qualità intra ed inter laboratori, attivano la sorveglianza epidemiologica sui casi evitabili che si determinano per le relative patologie.

Le direzioni delle aziende sanitarie locali ed ospedaliere definiscono, d'intesa con il Centro di Riferimento Oncologico Regionale (di seguito definito), percorsi assistenziali integrati e complessivi cui hanno diritto di accesso le donne che risultano positive agli screening e sono responsabili della periodica verifica di accessibilità e percorribilità.

### **C) Le funzioni assistenziali**

Il PSR articola le funzioni assistenziali sulla base delle indicazioni formulate dalla Commissione Oncologica Nazionale e del Piano Oncologico Nazionale, prevedendo due poli oncologici da collocare nelle Aziende Ospedaliere di Perugia e Terni e servizi autonomi di oncologia medica nelle aziende USL, che sono chiamate ad organizzare anche l'assistenza ai malati terminali.

#### **I poli oncologici**

I poli oncologici, organizzati in forma dipartimentale, devono comprendere obbligatoriamente strutture di oncologia medica, radioterapia e chirurgia, tutte a livello apicale, per garantire una effettiva attività integrata. Chiaramente dovranno partecipare al polo oncologico tutti i servizi che intervengono nell'assistenza oncologica, tra cui: i servizi di anatomia patologica, diagnostica strumentale e di laboratorio, medicina nucleare, anestesia e rianimazione, riabilitazione, psicologia, servizi di assistenza sanitaria e sociale, etc., in modo da utilizzare tutte le competenze e le attrezzature diagnostico - terapeutiche attualmente significative in campo internazionale. Devono essere previsti ulteriori progressi ed acquisizioni, sia tecnologiche che di personale, legati all'incremento delle conoscenze nel settore oncologico.

Alcune attività possono essere presenti, nei vari momenti storici, in uno solo dei due poli che, in questo caso, funge da riferimento regionale e talora extraregionale. In generale tali attività sono caratterizzate da:

1. rilevante investimento nella preparazione del personale per compiti di notevole specializzazione;
2. notevole impegno tecnologico in apparecchiature che sarebbe antieconomico duplicare;
3. possibilità di effettuare il controllo epidemiologico e la valutazione generale delle procedure che vengono attuate.

Fermi restando questi criteri generali, è evidente che il progredire delle conoscenze e delle tecnologie può modificare nel concreto queste attività e le può far assegnare indifferentemente ad uno dei due poli. Al momento attuale, tenendo conto delle competenze esistenti, sembra ragionevole allocare in un solo polo regionale:

- A. la validazione metodologica delle procedure e la valutazione dei risultati generali;
- B. alcune procedure di diagnostica per immagini soprattutto per la difficoltà e la dispendiosità della preparazione del personale;
- C. alcune tecnologie di diagnostica di laboratorio, particolarmente specialistiche e costose, come la diagnostica molecolare;
- D. i trapianti allogenici di midollo osseo;



- E. alcune modalità terapeutiche, come la terapia genica e la immunoterapia sperimentale che richiedono una sofisticata preparazione del personale;
- F. la oncematologia pediatrica con trapianto di midollo osseo (per le relative competenze nei soggetti da 0 a 15 anni).

Queste attività, allo stato dei fatti, dovrebbero essere concentrate a Perugia, anche se, come già detto, la situazione può modificarsi nel corso degli anni in maniera dinamica.

I compiti che spettano ad entrambi i poli, sempre in maniera coordinata e non competitiva, si possono così riassumere:

- a) elaborazione di protocolli diagnostico terapeutici, multidisciplinari. E' questo uno dei mandati più importanti e culturalmente significativi. I protocolli, o linee guida di comportamento, si devono riferire sia agli aspetti preventivi che alla diagnosi precoce, alle procedure diagnostiche più validate e all'approccio terapeutico multidisciplinare, devono riguardare tutti i tipi di neoplasie più comuni e devono prevedere opportuni approcci anche per le neoplasie più rare in coordinamento con i centri nazionali dedicati. I protocolli di comportamento vincolanti, lungi dal rappresentare una limitazione alla libertà del medico costituiscono un momento insostituibile di crescita culturale, dovendo essi tenere conto dello stato dell'arte più avanzato nei singoli argomenti. E' evidente che le linee guida devono essere periodicamente aggiornate (si può suggerire una cadenza annuale per conferme o modifiche) e devono essere diffuse a tutti i nuclei periferici che ne hanno interesse o le devono applicare. E' convinzione generale che seguire protocolli diagnostico - terapeutici costituisce il mezzo migliore per fornire ai pazienti prestazioni adeguate. Resta chiaramente inteso che nel polo vengono anche eseguiti ed applicati i suddetti protocolli per la specifica attività di assistenza ai propri pazienti. Può essere prevista l'istituzione di una cartella medica dipartimentale nella quale far figurare il consenso informato degli specialisti nella diagnosi effettuata e nelle terapie da attivare.
- b) Impostazione di protocolli di ricerca. Accanto alla preparazione di linee guida basate sui dati acquisiti in letteratura è compito fondamentale dei poli oncologici elaborare studi clinici controllati da svolgere in tutta la Regione o, con un respiro più ampio, in campo nazionale ed internazionale. Non verrà mai sufficientemente sottolineato che la ricerca clinica costituisce garanzia di progresso e di miglioramento delle conoscenze, ma anche una più adeguata assistenza al malato.
- c) Diagnostica per immagini e cito - istopatologica delle neoplasie. Questa attività che può essere presente anche in centri periferici, deve avere però, a livello dei due poli, importanti momenti peculiari in particolare per quanto riguarda : l'esistenza di apparecchiature complesse e costose specie nel campo della diagnostica per immagini, la diagnostica interventista che richiede competenze e manualità specifiche, la revisione di diagnosi poste nei vari centri periferici qualora esistano dubbi ragionevoli. E' auspicabile che tramite Telemedicina la diagnostica periferica venga valutata multidisciplinariamente dal polo oncologico di riferimento, al cui interno vanno comunque seguite le medesime procedure multidisciplinari.
- d) Intervento terapeutico diretto in alcune situazioni definite dai protocolli diagnostico-terapeutici :

- Terapia chirurgica : deve essere inserita, come tutte le procedure, nell'ambito delle linee guida. Ai poli oncologici vanno riservati gli interventi complessi e sperimentali che richiedono una specifica competenza. Va scoraggiato, sia a livello dei poli che in periferia, qualsiasi procedura che non tenga conto degli standards terapeutici accettati a livello internazionale. Basandoci anche su considerazioni epidemiologiche regionali si traggono conclusioni ovvie: un centro oncologico chirurgico non può in alcun modo prescindere dalla casistica operatoria. Da questa scaturisce la ricerca clinica applicata e quindi la qualificazione del centro stesso sul piano assistenziale, che lo rende polarizzante e socialmente valido. E' necessario individuare quindi centri di primo e secondo livello che eseguano procedure diagnostiche e terapeutiche chirurgiche differenziate in "semplici" e "complesse". Le attività chirurgiche definite "complesse" sono quelle che prevedono la presenza di più competenze professionali, di mezzi tecnologici avanzati, di assistenza intensiva, e debbono essere riservate a pazienti con patologie neoplastiche importanti e "ad alto rischio" chirurgico, che necessitano cioè di un trattamento chirurgico pre e post-operatorio in un ambiente allo scopo strutturato. Dovranno essere i poli oncologici ad emanare linee guida anche in questo campo, per definire i livelli di assistenza e le procedure adottabili nei vari centri. Accordi interaziendali potranno prevedere in via sperimentale l'accesso di équipes dei diversi presidi ospedalieri regionali ai centri specializzati di chirurgia oncologica; il chirurgo oggi deve necessariamente possedere una larga serie di esperienze cliniche per partecipare ad un gruppo di cura multidisciplinare del cancro e per assicurare che sia considerata la più ampia gamma di opzioni diagnostiche e terapeutiche nel trattamento di ciascun paziente neoplastico. E' indispensabile quindi individuare le sedi operatorie, nelle quale si svolgano gli interventi chirurgici specifici per i vari settori della patologia oncologica. Fatti salvi i protocolli di terapia chirurgica oncologica, unanimemente riconosciuti, non si può prescindere dalle altre forme di apporto assistenziale perioperatorio, quali : la Crioterapia, la Chirurgia Radioimmunoguidata, la Chemoembolizzazione intraoperatoria e la IORT. Sale operatorie così strutturate non sono pensabili distribuite in più centri e non possono essere considerate esclusive per un singolo operatore. Ciò non significa che il paziente oncologico, una volta svolto il suo iter diagnostico, qualora necessiti di trattamento operatorio, non possa essere sottoposto a chirurgia in sedi decentrate, sempre nel rispetto dei protocolli e delle linee guida emanate.
  - Radioterapia: le indicazioni della Commissione Oncologica Nazionale comportano per lo svolgimento di tali attività particolari attenzioni alla gestione delle attrezzature e alla qualità delle cure erogate, individuando nei poli la sede elettiva di erogazione. Eventuali richieste di delocalizzazione, quali quelle della ASL 1 comportano la dimostrazione di un favorevole rapporto costi-benefici e sono comunque collegate al mantenimento di precisi standard qualitativi.
  - Terapia medica : l'impostazione di questo tipo di terapia è contenuta nei protocolli diagnostico - terapeutici sopra ricordati. In moltissime circostanze la terapia medica, opportunamente definita, può essere attuata anche nei presidi periferici, grazie ad un contatto stretto fra questi presidi e i poli regionali. Sembra utile, all'attuale stato dell'arte, riservare ai poli regionali l'esecuzione di terapie ad alte dosi con autotrapianto di cellule staminali autologhe e l'esecuzione, o quantomeno il diretto controllo, delle terapie sperimentali.
- e) Riabilitazione: presso i poli regionali deve anche essere impostata l'attività riabilitativa che può essere effettuata o completata in centri dedicati o nei presidi periferici a seconda della sua complessità.

- f) Psicologia: è necessario assicurare una adeguata consulenza ed assistenza psicologica, anche per concretizzare un approccio interdisciplinare volto al miglioramento della qualità della vita dei malati oncologici. Presso i poli regionali (utilizzando a tal fine i servizi di psicologia ospedaliera) deve essere effettuata la valutazione di screening iniziali e devono essere definite le eventuali specifiche necessità di intervento, assicurando il coordinamento e l'integrazione delle attività, su questo versante, nei vari livelli della rete assistenziale, coinvolgendo il volontariato. Tale competenza, oltre che per i pazienti si rivela importante per le famiglie e per le équipes curanti (dinamiche relazionali, comunicazione personalizzata, gestione del burn-out).
- g) Attività didattica: è strettamente collegata con la funzione dei poli oncologici. Essa viene diretta:
- agli studenti del corso di laurea in medicina, attraverso l'insegnamento, previsto dai curricula vigenti, dell'oncologia generale, dell'oncologia clinica (medica e chirurgica) e della radioterapia oncologica ;
  - agli specializzandi delle scuole umbre di specializzazione dedicate all'insegnamento dell'oncologia, e precisamente la scuola di oncologia, di ematologia e di radioterapia. E' da notare che impartiscono insegnamenti parzialmente collegati con l'oncologia quasi tutte le altre scuole di specializzazione di area medica, chirurgia e laboratoristica ; questi insegnamenti possono essere opportunamente coordinati in modo da fornire allo specializzando una esperienza professionalizzante di alto livello, utilizzando tutte le competenze presenti nella Regione ;
  - al personale infermieristico e tecnico di laboratorio attraverso i diplomi universitari (anche in questo settore l'attività può essere efficacemente coordinata in modo da consentire agli allievi una preparazione adeguata) ;
  - ai medici di medicina generale, attraverso un sistema di educazione permanente che consenta di tenere aggiornati i medici sui progressi di questa specialità e di inserirli nell'organizzazione dell'attività oncologica nel territorio. Quest'ultima attività didattica è al momento attuale la più carente, ma è anche quella di cui si sente principalmente il bisogno, specie se si tiene conto dei problemi legati alla prevenzione primaria e secondaria e alla diagnosi precoce che non può non essere affidata al sistema sanitario di base nel suo complesso.
- h) Ricerca: è compito specifico dei poli condurre una adeguata ricerca nel campo della epidemiologia, patogenesi e terapia dei tumori, intendendo con ciò comprendere tutti i tipi di ricerca scientifica di base e applicata. In Umbria esistono centri di ricerca oncologica di altissimo livello, ben noti in campo internazionale in molteplici settori. E' indispensabile che tale attività si sviluppi e continui a fornire dati significativi (con il contributo sinergico di Regione, Università, Aziende sanitarie e volontariato), affinché questa attività continui a rappresentare uno dei punti di forza dell'oncologia nella nostra Regione.

I poli oncologici si pongono in rapporto con i presidi periferici svolgendo le seguenti funzioni :

- illustrazione e discussione dei protocolli diagnostico-terapeutici al fine di un coinvolgimento culturale più ampio del personale che deve operare sul campo. Questo programma può rientrare nel progetto di formazione permanente del personale che costituisce uno dei compiti specifici dei poli;
- discussione diretta con modalità pratiche elastiche dei casi complessi seguiti sia dai poli che, soprattutto, dai presidi periferici;
- verifica periodica delle deviazioni eventuali dai protocolli diagnostico - terapeutici e loro discussione;
- messa in comune dei dati provenienti dai centri specialistici e dai presidi periferici a fini epidemiologici e discussione comune dei dati provenienti dal Registro tumori.

La modalità organizzativa più consona dei Poli di Perugia e di Terni è quella dipartimentale. Il dipartimento di oncologia costituisce infatti una unità amministrativa e funzionale che facilita i contatti, garantisce i finanziamenti, organizza il lavoro di coloro che ne fanno parte. Il nucleo iniziale del dipartimento dovrebbe comprendere tutte le strutture che si occupano di oncologia in maniera totale e largamente prevalente, sia in campo preventivo ed epidemiologico che in campo medico, chirurgico e radioterapico. Analogamente devono far parte del dipartimento i docenti di oncologia di ematologia e radioterapia del corso di laurea e delle scuole di specializzazione dedicate, nonché coloro che, in campo di diagnostica e di ricerca, si occupano prevalentemente di oncologia. Si deve prevedere il coinvolgimento nel dipartimento delle figure professionali che si occupano di oncologia a tempo parziale, oltre che del volontariato che da tempo collabora con le Aziende sanitarie.

Per i tempi di realizzazione dei dipartimenti ospedalieri, si rimanda alle scadenze previste sulla delibera di attuazione dei Piani Attuativi Locali (D.G.R. n. 885 del 4/3/98).

### **L'assistenza oncologica nelle Aziende USL**

Considerando le dimensioni che l'attività oncologica ha raggiunto, la complessità e la alta specializzazione delle prestazioni oncologiche richieste, è auspicabile un nuovo assetto organizzativo dell'Oncologia Medica sul territorio, basato su:

- servizi di oncologia medica;
- servizi di trasporto e accoglienza per l'accesso ai centri di radioterapia;
- servizi di assistenza domiciliare;
- hospice;

Istituire un *servizio di Oncologia delle Aziende USL* è la condizione essenziale per potenziare un'attività in parte già presente, conferendogli autonomia e dignità professionale, utilizzando pienamente le risorse ospedaliere del territorio.

Essi possono avere al loro interno presidi oncologici strutturalmente costituiti da un day hospital, e da un ambulatorio senza letti di degenza propri, collegato con le Divisioni di Medicina e di Chirurgia di cui utilizzano i letti in caso di necessità. Nel day hospital operano specialisti in oncologia. Inoltre deve essere prevista una rete di ambulatori ad attività oncologica, aventi sede nei centri di salute, con personale non totalmente dedicato, collegato con i medici di medicina generale, con i presidi oncologici periferici, con i poli oncologici.

In linea con quanto precisato nello schema del nuovo Piano Sanitario Regionale, è possibile prevedere prestazioni di fascia B o C (decentrabili in alto e moderato grado rispettivamente) con degenza propria, tenendo conto che le prestazioni di fascia C possono essere garantite in non più di un presidio per USL, comprese le Aziende ospedaliere, e che comunque solo queste prestazioni potrebbero essere coordinate da un dirigente di II livello. Nella prima fase di attuazione della riorganizzazione regionale della rete oncologica, si propone di istituire questo servizio oncologico come modulo organizzativo nell'ambito dei dipartimenti di area medica, con una piena autonomia del servizio, in stretto collegamento con i Poli oncologici.

Per realizzare quindi una integrazione ottimale tra le strutture oncologiche operanti nelle Aziende ospedaliere e USL, potenziando l'esistente, si propone un'*organizzazione funzionale dipartimentale* che favorisca i compiti di questi servizi territoriali che sono:

- la adozione e la gestione dei protocolli e linee guida diagnostico - terapeutici, comuni per la maggior parte delle neoplasie, basati sugli standard qualitativamente accettati in campo nazionale ed internazionale elaborati nei poli, facendo riferimento alle linee guida in Oncologia del CNR o al

PDQ (Physician Data Query) del NCI statunitense, quando non richiedono interventi altamente specialistici. Tale gestione deve essere autonoma, ma la validazione della procedure e la verifica dei risultati deve essere compiuta in collegamento con i poli di Perugia e Terni. Le terapie chirurgiche e mediche dei pazienti residenti nel rispettivo territorio saranno effettuate sulla base delle linee guida dalle strutture periferiche che sono chiamate a collaborare anche a quei protocolli di ricerca che non comportino ricoveri specialistici.

- Partecipazione a studi clinici controllati ed a sperimentazioni cliniche comuni.
- Il follow up dei pazienti che non necessitano di terapie. Tale follow up può essere affidato ai medici di medicina generale che accettano il compito o, in mancanza, a specialisti ambulatoriali che vicariano l'attività dei medici di medicina generale.
- I processi riabilitativi che non richiedono competenze specialistiche.
- Costituzione di comitati per patologia affidati a responsabili scientifici ed operativi che curino la raccolta dei dati, l'aggiornamento e la valutazione critica sia degli standard terapeutici che degli studi clinici.

Devono essere altresì previsti percorsi, facilitati e omogenei sul territorio regionale, per l'accesso dei pazienti ai singoli servizi e alle prestazioni, coinvolgendo nella loro individuazione tutte le figure professionali coinvolte, dal medico di medicina generale ai vari specialisti.

I poli oncologici nella loro attività didattica diretta alla formazione del personale avranno cura di istruire specificatamente questi sanitari, dotati o meno della specializzazione in oncologia.

Ciò consente una razionalizzazione dell'assistenza al malato neoplastico, con una migliore utilizzazione delle risorse esistenti, svolgendo buona parte dei trattamenti e delle procedure diagnostiche nei presidi ospedalieri in regime di day-hospital e riservando ai poli oncologici un ruolo guida nella definizione dei protocolli e strategie terapeutiche, e nella applicazione di trattamenti ad alta specializzazione.

In una logica di assistenza globale al paziente neoplastico sarebbe auspicabile, in particolare modo per l'effettuazione di applicazioni di radioterapia, garantire ai malati che provengono da altre parti della Regione *strumenti di trasporto adeguati* e alloggi per quelli che provengono da fuori Regione.

Così come previsto dalla legge regionale 30 marzo 1995, n. 17, accanto alle attività più tipicamente ospedaliere o ambulatoriali, andrà anche avviato nel territorio un programma di *assistenza domiciliare*, rivolta ai pazienti inabili o terminali nel territorio di competenza. Anche in questo caso il compito è affidato ai medici di medicina generale che lo accettano o, in mancanza, a specialisti che li vicariano.

A livello territoriale, anche con il valido apporto delle organizzazioni di volontariato (tramite accordi o convenzioni) che in Umbria offrono da tempo ormai il proprio riconosciuto essenziale contributo, può essere effettuata quella assistenza multidisciplinare al paziente neoplastico, soprattutto al malato terminale, in un ambiente familiare, alleviando il disagio delle famiglie e alleggerendo il carico assistenziale delle strutture ospedaliere.

Esigenze di umanizzazione e di contenimento dei costi richiedono in misura sempre crescente la possibilità di trascorrere il maggior tempo possibile della fase terminale nell'ambiente familiare del malato. Il medico di medicina generale, medico di fiducia della persona e conoscitore delle potenzialità assistenziali della famiglia, deve svolgere fondamentali funzioni di rilevazione dei bisogni e di coordinamento degli interventi personalizzando l'attività assistenziale che deve essere strettamente correlata con le attività del Centro di salute del proprio territorio. Il medico di medicina generale, con il supporto di servizi sociali, personale paramedico dei centri territoriali, con l'associazione di volontariato, ha il compito di gestire questo tipo di attività.

L'assistenza sanitaria al malato oncologico in terapia di supporto non sempre trova una valida alternativa al ricovero ospedaliero nell'assistenza oncologica domiciliare. Spesso infatti ragioni ambientali (famigliari e socio-economiche), tecniche (l'impegno curativo) e psicologiche suggeriscono la necessità di integrare il programma assistenziale con una sede dedicata che rappresenti per il paziente malato e per i suoi familiari una autentica seconda casa, rispondendo alle

caratteristiche di una struttura architettonica concepita con finalità mirate alle necessità e alle attese di questi particolari ammalati.

L'*hospice*, in quanto casa di accoglienza per cittadini che hanno bisogni assistenziali prevalentemente in termini di assistenza infermieristica e/o cure palliative, ampia il ventaglio di opzioni disponibili per l'assistenza oncologica al malato terminale, senza risultare quindi meramente sostitutivo dell'assistenza domiciliare o di quella ospedaliera.

L'*hospice* dovrebbe essere composto da 10 camere per 10 pazienti (10 posti letto per malati terminali ogni 200.000 abitanti), con una degenza media di 3 / 4 settimane. In ogni camera vi dovrebbero essere almeno due posti letto oppure un letto ed un divano letto per consentire a familiari o ad amici di pernottare con l'ammalato. L'arredamento, i colori e l'atmosfera dovrebbero rendere l'ambiente accogliente e riposante, lontano il più possibile dall'asettico e impersonale clima ospedaliero. Ogni camera dovrebbe essere dotata di servizi privati con presidi per disabili e spazio adeguato per l'uso della carrozzella ed i sanitari dovrebbero essere di tipo sospeso per consentire una migliore igiene. Per un servizio completo sarebbero necessari un salone per l'accoglienza ai familiari

(per alleviare la tensione spesso insopportabile che nasce dalla vicinanza continua con un malato grave) ed una cucina in questi possano eventualmente ristorarsi e possano conservare e riscaldare cibi e bevande per i propri malati. Il vitto per i pazienti e le pulizie sono comunque garantiti dall'azienda sanitaria. L'*hospice* necessiterebbe inoltre di una infermeria, di un ambulatorio, una sala per attività ricreative, guardaroba e bagni per il personale e possibilmente uno spazio per l'assistenza religiosa.

Stante la disponibilità di fondi per l'attivazione almeno una struttura in Umbria sulla base della recente normativa nazionale, saranno esperiti nel primo semestre del 1999 gli atti necessari alla acquisizione di tali fondi ed alla successiva attivazione di una prima struttura dedicata a Perugia.

## **5.1.2 Promozione e tutela della salute degli anziani**

### **5.1.2.1 Quadro di riferimento**

In Italia, come negli altri Paesi più sviluppati del mondo, dal 1970 prevale un modello riproduttivo a bassa natalità che sta contrapponendo ai notevoli guadagni ottenuti in termini di allungamento della vita media la radicale modifica nella struttura complessiva della popolazione.

Nel 2010 per ogni quindicenne ci saranno due ultra settantacinquenni. Questo fenomeno dinamico si verifica perché, la consistenza numerica degli individui anziani aumenta più rapidamente di quanto accada per gli altri gruppi di età e si associa con il contrarsi di quelli giovanili.

Nel tempo la massa di individui non più attivi e con sempre maggiori esigenze sociali e di integrazione economica determinerà un più rilevante trasferimento di redditi il cui carico si riverserà sui lavoratori in una situazione, tra l'altro, di contrazione o stabilità della base occupazionale.

Le reali conseguenze di questo fenomeno non ci appaiono ancora pienamente evidenti perché, sono in età riproduttiva le schiere di giovani nati negli anni '60 (anni del baby boom) che, pur avendo un atteggiamento poco disponibile alla maternità, finiranno per procreare più figli, essendo essi stessi più numerosi. Smaltita questa "ondata" di potenziali genitori, l'ulteriore declino della popolazione non potrà che essere ancora più evidente.

Le più recenti indagini condotte dall'ISTAT fanno rilevare che l'invecchiamento demografico nella nostra regione è superiore alla media nazionale e con la Liguria, l'Umbria risulta essere la "più vecchia d'Italia" con un fenomeno nel fenomeno costituito dalla sempre più evidente eccedenza femminile : più si va avanti con l'età e più numerosa è la componente femminile dell'intera popolazione.

Proprio in base al fatto che i fenomeni demografici sono "di lungo periodo" ed "inesorabili" non ci si pongono dubbi sulla certezza che, nel futuro, le generazioni di anziani continueranno sempre più a sopravanzare quelle dei giovani.

Oggi le condizioni di salute del "giovane anziano" (*young old* della letteratura internazionale, tra i 65 ed i 75 anni) sono in genere migliori di quelle degli anziani del passato; però, a questo dato sociale confortante, si accompagna quello, meno rassicurante, legato all'aumento eccezionale, degli ultra settantacinquenni e ultra ottantacinquenni (*old old*), i cui bisogni di cura sono maggiori e le invalidità funzionali più frequenti; tra l'altro, da quanto si ricava osservando i servizi sanitari che essi utilizzano, la risposta preponderante ai loro bisogni viene fornita dalla ospedalizzazione che si accompagna, spesso, a degenze prolungate e, per i più anziani, talvolta disumanizzanti.

L'insieme di tutti questi fattori preme, sinergicamente e contemporaneamente, sul sistema provocando effetti e complessità crescenti che non sarà possibile affrontare con gli schemi concettuali tradizionali, validi per quanto avveniva nel recente passato.

Queste considerazioni di fondo ci impongono di ridisegnare completamente la struttura del nostro sistema assistenziale regionale secondo le linee indicate nel Progetto Obiettivo Anziani nazionale.

Alla richiesta di prestazioni sanitarie, qualitativamente diverse rispetto al passato (sono "diversi" gli utenti e le loro problematiche), dovrà corrispondere una diversificazione degli investimenti nella spesa sanitaria che, individuando e quantificando la "popolazione bisognosa di cure a lungo termine" dovrà indirizzarsi verso la strutturazione di servizi necessari non suppletivi, bensì sostitutivi, tanto da permettere la riduzione degli sprechi di risorse.

Più ampio sarà il panorama dei servizi, tra loro interagenti in rete, tanto migliore sarà la qualità della prestazione a costi idonei. La molteplicità degli interventi non sarà tesa alla omogeneizzazione delle risposte ma alla diversificazione in base alle esigenze, intrecciandosi, inequivocabilmente, con la valenza sociale lungo tutto il sistema di "rete integrata dei servizi socio sanitari per la cura e l'assistenza continuativa dell'anziano malato".

All'obiettivo sociale di ottimizzazione nell'impiego delle risorse si associa la volontà di migliorare la "qualità della vita" degli utenti senza aggiungere alla malattia il disagio.

### **5.1.2.2 L'ipotesi programmatica**

Nell'ipotizzare una rete assistenziale per gli anziani in Umbria si individuano, a partire dai suggerimenti offerti dalle informazioni a nostra disposizione, due direttrici d'intervento:

una tesa a privilegiare il polo dell'assistenza domiciliare sia con misure dirette di sostegno alle famiglie, sia potenziando e mettendo a regime il servizio di assistenza domiciliare integrata ;

l'altra tesa a rinforzare il sistema assistenziale territoriale mediante un'articolata offerta di servizi residenziali extraospedalieri deputati a facilitare la deospedalizzazione, ad impedire il ricovero improprio e a sollevare le famiglie dall'eccessivo carico assistenziale. Strutture di carattere socio-assistenziale a rilievo sanitario, facenti capo al comparto sanità, riconducibili alle seguenti tipologie: Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA), Residenza Protetta e Centro Diurno.

Nell'ambito dei servizi residenziali territoriali dovrebbero, inoltre, trovare spazio soluzioni abitative di tipo comune rispondenti al bisogno di cura non sanitaria di una parte della popolazione anziana, mediante l'individuazione di nuove tipologie, da realizzare in ambito locale intrecciando politiche abitative e politiche assistenziali.

Ciò in connessione con quell'orientamento che ispira un nuovo modello di protezione sociale, assunto nel disegno di legge regionale di riordino delle funzioni socio-assistenziali, che vede nella dimensione comunitaria l'ambito ottimale per fare fronte ai bisogni di cura oggi in espansione.

I dati in nostro possesso, riguardanti l'attività delle strutture ospedaliere, evidenziano come per i nosocomi di minori dimensioni sia già di fatto operante una ridistribuzione dell'utenza a vantaggio della popolazione più anziana. La capillare diffusione di tali presidi sul territorio potrà consentire, conformemente allo spirito del Decreto Legge 280/96 ed alla Legge di conversione, di procedere a trasformazioni di destinazione, anche parziale, delle strutture ospedaliere presenti in strutture residenziali o semiresidenziali per anziani. Per queste finalità potranno essere destinati anche i finanziamenti previsti dalla Legge finanziaria del 1988.

L'ipotesi programmatica delineata trae legittimazione dagli elementi appresso indicati :

- a) la distribuzione territoriale della popolazione anziana;
- b) il contesto familiare di riferimento;
- c) la situazione della residenzialità diretta agli anziani;
- d) il grado di non autosufficienza degli anziani ospiti delle strutture residenziali;
- e) l'ospedalizzazione degli anziani.

#### *a) La distribuzione territoriale della popolazione anziana*

La distribuzione degli ultrasessantacinquenni sul territorio regionale, considerando le cinque Aziende USL e la popolazione tratta dall'anagrafe degli assistibili 1995, vede al primo posto la USL 4 con un indice di invecchiamento (proporzione tra ultrasessantacinquenni e popolazione per 100) pari al 26%; seguita dalla USL 3 con il 22,8% e dalla USL 5 con il 22,4%.

Si pongono sotto la media regionale del 21,7%, invece, la USL 1 e la USL 2, rispettivamente con il 21,2% e il 20,3%.

Per quanto riguarda il dato disaggregato per sesso l'indice di invecchiamento registra, sul piano regionale, uno scarto di + 5,3 punti fra popolazione anziana di sesso maschile e di sesso femminile, a favore di quest'ultima.

Relativamente all'indice di vecchiaia (rapporto fra la popolazione sopra i sessantacinque anni e quella sotto i quattordici anni) si conferma in linea di massima la situazione precedente collocando nell'ordine la USL 4 con il valore 2,3, la USL 5 con 1,9 e la USL 3 con 1,8.

Considerando l'indice di invecchiamento relativo alla fascia di età  $\geq 75$  anni, emerge il dato significativo della USL 4 pari ad 11,4% a fronte di una media regionale del 9%. Il valore più basso si registra nella USL 2 con 8,4%.

Anche per quanto riguarda la popolazione sopra gli ottant'anni si riscontra una prevalenza nella USL 4 con il 9,6%, segue la USL 5 con il 7,9% mentre le rimanenti USL si attestano intorno al valore del 5%. La media regionale risulta pari al 6,1%.

Relativamente all'indice di femminilizzazione della popolazione al di sopra dei 65 anni (rapporto percentuale F/M), si riscontra un valore regionale, per il 1995, pari al 137%. I dati relativi alle cinque USL non mostrano scostamenti significativi da questo parametro.

Il dato riguardante l'incremento medio annuo della popolazione  $\geq 80$  anni, (velocità di invecchiamento) particolarmente interessante per ciò che concerne gli aspetti relativi all'assorbimento delle risorse, risulta essere per la nostra regione intorno al 5% circa, a fronte di un dato nazionale, fornito dal CNR, del 4%.

In sintesi :

- 1) La popolazione regionale è una popolazione anziana che tende ad invecchiare rapidamente distribuendosi in modo non omogeneo sul territorio, determinando in alcune aree particolari



concentrazioni. Si conferma inoltre il dato atteso di una maggiore sopravvivenza della popolazione femminile.

- 2) Data la consistenza e l'andamento del processo di invecchiamento si impone una valutazione delle risorse, quelle già mobilitate e quelle necessarie, in relazione ai bisogni che si prefigurano connessi anche al carattere di progressività che assume tale fenomeno.
- 3) E' necessario adottare, nella politica assistenziale, un approccio che assuma il mutamento, non l'emergenza, modulando servizi ed interventi su bisogni globali della persona considerata nel suo sistema di relazioni.
- 4) Particolare attenzione assistenziale va rivolta alla popolazione sopra gli 80 anni, in quanto, dai dati in nostro possesso, si evince che in questa fascia di età aumentano in modo esponenziale i consumi sanitari. Ciò può far ipotizzare sia un reale aumento del bisogno di assistenza sanitaria sia una eccessiva medicalizzazione del bisogno assistenziale.

#### *b) Il contesto familiare di riferimento*

In Umbria ci sono 310.815 famiglie di cui 25.901 sono rappresentate da nuclei unipersonali di anziani con più di 75 anni, pari all'8,3%.

Le donne anziane > 75 anni, (da sole ) costituiscono il 78,7% di questi nuclei, con un rapporto maschi femmine di 1 a 4.

Nell'ambito dei nuclei unipersonali composti da anziani > 75 anni, quelli con anziani > 80 anni sono 17.858, pari al 69%.

Sulla popolazione umbra >75 anni, di oltre 73 mila unità, gli anziani che costituiscono un nucleo familiare unipersonale sono 25.803 (35%).

Analizzando la posizione degli anziani > 75 anni in famiglia con due o più componenti risulta che il 27% (19.439) degli ultra-settantacinquenni vive con un'altra persona di età > 65 anni, mentre il 38% (27.790) vive in famiglia con almeno una persona compresa tra 18-64 anni.

E ancora, se si assume una prospettiva di genere si registra che il 45% delle donne anziane (20.369) costituisce un nucleo unipersonale, il 16% (7.272) vive con un'altra persona di età > 65 anni, mentre il 39% (17.784) si trova nella seconda tipologia di famiglia sopradescritta.

In sintesi le persone anziane >75 anni, in Umbria, almeno per i 2/3 vivono in un contesto familiare a più componenti. Per di più tale dato può risultare sottostimato se si considera lo scarto che intercorre tra il dato anagrafico e quello fattuale. Analoghe distribuzioni di frequenza si registrano per la popolazione anziana > 80 anni. L'analisi territoriale evidenzia come dato significativo uno scostamento dalla media regionale, verso il basso, di - 7 punti per la USL 3 e, verso l'alto, di +8 punti per la USL 4 rispetto alla categoria "anziani soli > 75 anni".

In sintesi :

Incrociando i dati demografici con il contesto familiare di riferimento della popolazione anziana presa in considerazione, pur nella dimensione macro di livello regionale, si può affermare che il tessuto sociale regionale è sostanzialmente un tessuto non disgregato dove le formazioni sociali elementari come la famiglia mantengono, anche dentro un processo di trasformazione, una loro vitalità ed assolvono ad una funzione di cura nei confronti delle persone dipendenti.

Ciò dovrebbe orientare le scelte assistenziali in direzione del sostegno alle funzioni di cura che possono essere assolte, tra l'altro più efficacemente, negli ambienti sociali primari, mediante interventi mirati.

c) La situazione della residenzialità diretta agli anziani

La seconda indagine sulle strutture residenziali in Umbria, condotta nel periodo 1992-94, ha messo in evidenza un incremento complessivo di queste pari a 17 unità.

In tutto risultano attivate 71 strutture di cui 48 nella provincia di Perugia e 23 in quella di Terni. Il 77% di esse (55) ospitano anziani non autosufficienti. Rispetto alla rilevazione precedente si registra un aumento dei posti per assistenza totale (2.543) e una riduzione di quelli adibiti ad assistenza diurna (73 posti).

L'indagine ha inoltre evidenziato che la tipologia prevalente è rappresentata dalla "casa di riposo" (42%) con configurazione di ricovero sociale, a fronte di un 56% di ospiti non autosufficienti o parzialmente autosufficienti.

Le case di riposo ospitano 2.266 anziani di cui il 42% è costituito da ultraottantenni. Le donne anziane rappresentano il 61% degli ospiti.

Le residenze protette costituiscono appena l'8% delle strutture residenziali regionali.

In sintesi:

Le strutture residenziali presenti in Umbria non costituiscono servizi alternativi all'ospedale bensì, di fatto, sono alternative alla famiglia e/o alla comunità;

Tendono a favorire la cronicità sia per l'inadeguatezza strutturale, riferita alle sedi, che per quella organizzativa, riferita al personale impiegato;

L'offerta pubblica (1/3 delle strutture sono a gestione pubblica) non garantisce l'accoglienza mentre l'offerta privata non garantisce la protezione.

Si registra la mancanza di una normativa regionale che definisca gli standards strutturali, organizzativi e assistenziali per tutti i servizi residenziali diretti agli anziani.

d) *Il grado di non autosufficienza degli anziani ospiti delle strutture residenziali*

Una successiva indagine, effettuata nei mesi di Luglio ed Agosto 1997 sulla popolazione di anziani ospiti definitivi delle strutture residenziali, ha consentito di implementare le conoscenze finora in nostro possesso da utilizzare per un'adeguata programmazione di servizi.

La ricognizione, che si è avvalsa di un unico strumento valutativo su scala regionale (B.I.N.A.), ha permesso di misurare il grado di non autosufficienza degli anziani e, conseguentemente, di prevedere, nell'ambito della progettazione della rete dei servizi agli anziani eterodipendenti, la residenzialità necessaria nonché il livello di impegno assistenziale.

Le *case di riposo* censite sono state 74 e gli anziani valutati 2.008; di questi il 75% sono di sesso femminile ed il restante 25% di sesso maschile, l'età media è di circa 84 anni, con una netta prevalenza degli ultraottantenni che ne costituiscono oltre i due terzi; dal punto di vista sociale il "profilo tipo" che emerge da una disamina degli ospiti è quello di un soggetto di basso livello sociale (50% casalinghe ed operai), scarsamente scolarizzato (78% senza titolo o con licenza elementare), senza partner (91% vedovo o celibe/nubile). A tal proposito si evidenzia che ciò che più influisce sull'istituzionalizzazione degli anziani è la variabile *stato civile* e non *la presenza o l'assenza dei figli*, come il senso comune fa ipotizzare.

I non autosufficienti di grado medio ed elevato (B.I.N.A.: >210 <=630 e >630) rappresentano, rispettivamente, il 67,4 (1.354) e il 11% (222) dei residenti; il 21,5% (432) sono classificabili come autosufficienti.

La classificazione degli ospiti secondo la "menomazione" prevalente pone al primo posto *l'assenza di risorse*, coniugata soprattutto con una condizione di non autosufficienza media o di autosufficienza, facendo ipotizzare la presenza di un deficit socio-relazionale-ambientale rispetto al quale la residenzialità, non sempre, si configura come offerta congrua. Segue nell'ordine la *demenza*, accompagnata da non autosufficienza di grado medio e grave.

Gli anziani istituzionalizzati, sul totale della popolazione ultrasessantacinquenne, risultano pari allo 1.1%. Il dato può essere realisticamente utilizzabile ai fini della stima del fabbisogno residenziale

regionale, computabile secondo l'indice P.O.A. nel 2% della popolazione ultra sessantacinquenne (178.562), considerato lo stato di sostanziale equilibrio tra domanda ed offerta che si registra in Umbria ma risulta sottostimato alla luce del differente andamento della domanda di residenzialità, espressa e non, presente nei diversi territori. Occorre aggiungere che nell'ambito della previsione complessiva di posti residenziali diversa è l'intensità assistenziale richiesta. Sulla base della tipologia dei bisogni rilevati si può individuare un fabbisogno di servizi residenziali ad elevato contenuto sanitario assistenziale (RSA) pari mediamente al 2‰, con riferimento al totale della popolazione anziana ultrasessantacinquenne residente in Umbria.

In sintesi, da quanto esposto, discendono le seguenti indicazioni progettuali:

1. rendere congruenti bisogni rilevati e risorse di servizio differenziando le tipologie residenziali per intensità assistenziale: RSA, a maggiore intensità assistenziale; Residenza Protetta e Centro diurno a minore intensità assistenziale;
2. impedire la istituzionalizzazione di anziani autosufficienti promuovendo forme di microresidenzialità sociale sul territorio che richiamano la responsabilità dei Comuni;
3. impedire il ricovero (in ospedale o in strutture) degli anziani con una non autosufficienza media, valutata dall'UVG, assistibili in ADI, estendendo in modo omogeneo a tutto il territorio regionale il servizio di assistenza domiciliare e destinando, in ogni Azienda USL, un budget alle attività di assistenza domiciliare dirette alla cura della persona, considerate attività sociali a rilievo sanitario.

#### *e) La ospedalizzazione degli anziani.*

Il tasso di ricovero degli ultrasessantacinquenni, sulla popolazione anziana ultra 65enne, è pari al 39% a fronte di un tasso di ricovero della popolazione con meno di 65 anni del 16%. Da ciò deriva che dai 65 anni in su i ricoveri salgono oltre il doppio, con una punta nella fascia di età 80-84 anni pari al 43,8%. Il dato disaggregato per le 5 Aziende USL, considerando solo la popolazione ultra65enne residente, evidenzia un picco del 44% nella USL 1 ed il valore più basso, pari al del 31%, nella USL 4. Il dato della USL 4 andrebbe comunque letto in trasparenza e ridimensionato con l'indice di fuga della stessa USL, attestandosi quest'ultimo intorno al 37%, valore nettamente più alto di quelli relativi alle altre USL compresi tra il 5% e il 12%. Quanto sopra detto può far ipotizzare che la crescita di ospedalizzazione degli anziani sopra i 65 anni rifletta una inadeguatezza degli interventi nella fascia di età immediatamente precedente oppure una carenza di servizi territoriali alternativi all'ospedale.

Ad un ulteriore livello di analisi dei ricoveri ospedalieri si ha che gli ospedali di piccole dimensioni ricoverano prevalentemente anziani ultrasessantacinquenni. In particolare rispetto ad una media regionale di ospedalizzazione del 39% si registrano nei seguenti ospedali tassi del 60% ad Amelia, del 55,8% a Cascia, del 51,4% a Passignano, del 50,8% a Norcia e del 47,5% a Città della Pieve. Si collocano, invece, intorno alla media regionale, gli ospedali di Marsciano (36,1%) e Todi (38,6%), mentre quello di Narni presenta il valore più basso fra i piccoli ospedali con il (29,9%). Se si analizza l'utilizzazione dei p.l. per ospedale, comparando il tasso di utilizzazione generale (per tutte le classi di età) ed il tasso di utilizzazione specifico per pazienti di età > 65 anni, si può osservare come alcuni presidi ospedalieri vengano utilizzati quasi esclusivamente per il trattamento di pazienti ultra65enni. E' questo il caso dei presidi di Norcia (27% t.u. generale contro t.u. specifico del 18%), Cascia (28% contro il 19%), Passignano (46% contro il 30%) ed Amelia (79% contro il 57%).

Per i piccoli ospedali si può parlare, dunque, di una trasformazione già avvenuta sul campo rispetto alle funzioni standard di un presidio ospedaliero che va semplicemente messa a regime in un sistema di servizi territoriali, adeguando questi presidi ai fabbisogni assistenziali territoriali.

Considerando la domanda attesa sulla base del tasso di ospedalizzazione medio regionale (19,9%) si hanno i seguenti tassi di fuga per i seguenti ospedali :

Narni - Amelia - 51%

Norcia - Cascia - 64%

Marsciano - Todi - 35%

Lago Trasimeno - 35%

La domanda di ospedalizzazione, compresa quella proveniente dalla popolazione anziana ultrasessantacinquenne (vedi Narni, Marsciano e Todi dove gli anziani ricoverati sono inferiori o pari alla media regionale), si orienta altrove e trova soluzione presso altri presidi.

Gli ospedali "minori" non raccolgono di fatto la domanda di ospedalizzazione attesa per il loro territorio.

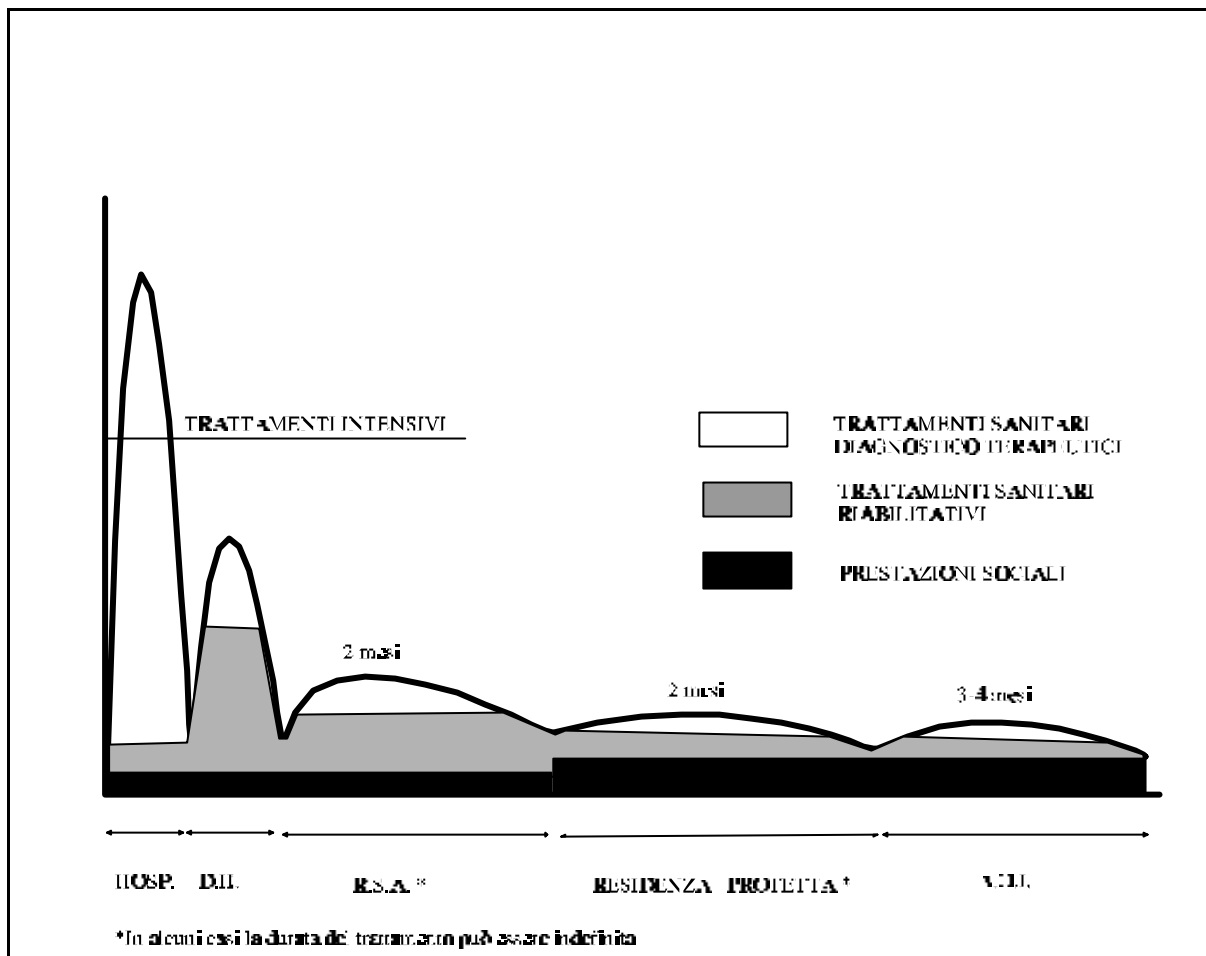
### ***La connotazione della domanda ospedaliera***

Esplorando con maggior precisione la domanda ospedaliera degli anziani ultrasessantacinquenni si evince che essa interessa prevalentemente l'area medica (cardiologia, pneumologia, lungodegenza, nefrologia, etc.). Su 28.900 ricoveri di anziani ultrasessantacinquenni solo circa 4.200 sono chirurgici.

A conferma di ciò il primo DRG chirurgico che si incontra fra i primi 20 DRG più frequenti si colloca al 12° posto e attiene "l'ernia inguinale e femorale".

Gli interventi chirurgici hanno dunque una incidenza del 14% sulle cause di ricovero; di questi circa la metà interessano il cristallino (8%), il restante (6%) l'ernia inguinale.

Il tasso di ritorno (considerando solo il secondo ricovero) per pazienti ultrasessantacinquenni risulta essere del 26,7% sul totale dei ricoveri. Si evidenziano andamenti significativi negli ospedali di Marsciano (32%) e Terni (29,8%). Nella Azienda Ospedaliera di Terni più del 10% sul totale dei ricoveri riguardano anziani ultrasessantacinquenni ricoverati per la seconda volta. A tale riguardo si potrebbe ipotizzare un deficit nel sistema dei servizi territoriali che induce un maggior ricorso all'ospedalizzazione delle persone anziane.



Prima di passare alla descrizione della proposta vera e propria è opportuno fare una breve riflessione sui rapporti che legano tra loro le prestazioni sanitarie (di diagnosi, cura e riabilitazione) con quelle sociali nelle varie sedi in cui ciò si verifica. La figura soprariportata tenta di illustrare graficamente questi concetti. L'asse delle Y esprime l'intensità della prestazione, mentre quello delle X i tempi. In particolare si può notare come per un ricovero ospedaliero la durata temporale sia alquanto ristretta, corrisponde infatti alla durata della degenza media (7-10 gg), con un'intensità molto elevata soprattutto nelle unità di area critica ove si praticano trattamenti intensivi. Nel ricovero ospedaliero ordinario invece trovano poco spazio i trattamenti riabilitativi e le prestazioni di tipo sociale. La curva relativa al Day Hospital, trattandosi di popolazione anziana, è stata attribuita in maniera prevalente alla riabilitazione. Nel caso delle RSA, delle Residenze protette e dell'Assistenza Domiciliare Integrata i valori delle variabili si ribaltano ed assumono un consistente allungamento nei tempi. Da questa immagine dovrebbe derivare una riflessione critica sul significato dell'ospedalizzazione a domicilio soprattutto per l'aspetto relativo all'intensità delle cure. Un'altra riflessione importante deriva dalla constatazione che la popolazione anziana bisognosa di cura, in assenza delle soluzioni intermedie, sia di fatto costretta a collocarsi ai due estremi dello spettro (ospedale e domicilio), privilegiando il polo ospedaliero.

### **5.1.2.3 L'assetto organizzativo propedeutico all'ipotesi programmatoria**

*a) Gli organismi di valutazione del bisogno dell'anziano : l' U.V.G.*

#### ***Definizione***

L'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) è un mezzo con cui si realizza l'integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari. E' concepita come team interprofessionale che, a partire da un approccio multidisciplinare, pratica una valutazione estesa a tutte le dimensioni esistenziali del soggetto. In tal senso nessun componente ha tutte le risposte per tutte le domande; tutti i componenti dipendono, in qualche modo, dalla competenza altrui e ciò che si ottiene "dall'insieme", la valutazione multidimensionale (VMD), è superiore alla somma delle parti (valutazione monospecialistica). L'UVG utilizza appositi strumenti di valutazione, validati, standardizzati ed informatizzati, che nella fattispecie saranno univoci su scala regionale.

#### ***Composizione***

E' costituita da un nucleo fisso (comprensivo di medico specialista geriatra, infermiere professionale ed assistente sociale); e da un nucleo variabile, in rapporto ai bisogni, e comprensivo di diverse figure sanitarie e non (medico di medicina generale, medico specialista, fisioterapista, terapeuta occupazionale, psicologo etc.).

La funzione di coordinamento della UVG è affidata al medico geriatra.

#### ***Compiti e prestazioni***

L'UVG seleziona gli anziani che hanno necessità di assistenza continuativa in regime di ADI, Day Hospital riabilitativo, RSA, Residenza Protetta e Centro Diurno; formula piani assistenziali personalizzati, svolge le funzioni di assessment e management (presa in carico e gestione assistenziale).

L'UVG ha il compito di gestire il paziente geriatrico in maniera bidirezionale rispetto all'asse territorio-ospedale. In particolare indica la strategia dell'intervento basandosi costantemente su una valutazione multidimensionale dinamica:

*a livello di ospedale* programmando l'eventuale dimissione protetta, in stretta collaborazione con i servizi territoriali, per una adeguata allocazione del paziente volta ad impedire l'allungamento improprio della degenza e a fornire una risposta idonea al mutato stato di bisogno;

*a livello di territorio* filtrando la domanda di ospedalizzazione impropria ed incongrua, attivando le risorse della rete in raccordo con i servizi sociali. Interviene, quando richiesto, come organismo di consulenza nei confronti degli ospiti presenti nelle strutture residenziali pubbliche e private.

L'UVG dell'Azienda USL deve trovare collocazione sia nel territorio che nell'ospedale di riferimento all'interno di un modulo di geriatria nell'ambito dell'Unità Operativa di Medicina Generale (comprensivo del ricovero in regime di Day Hospital Diagnostico, Terapeutico e Riabilitativo).

La componente sociale della U.V.G. rappresenta la proiezione funzionale del settore sociale che fornisce lo specifico professionale ai diversi livelli assistenziali.

In relazione ai bacini di utenza, quantificabili sulla base della estensione del fenomeno della eterodipendenza, si individua come standard ottimale l'attivazione di una U.V.G. ogni 15.000 ultrasessantacinquenni. In fase di prima attuazione della presente linea guida si indica l'esigenza di dotare ogni Azienda USL di almeno una U.V.G.. Va inoltre considerato, ai fini organizzativi, che l'efficacia della U.V.G. è strettamente collegata alla dotazione, nel territorio dove opera, di una struttura minimale di rete di servizi per anziani.

*b) Il punto di accesso alla rete dei servizi socio-sanitari-assistenziali: Il Distretto Socio Sanitario*

### ***Aspetti strutturali***

Il Distretto Socio Sanitario rappresenta un'articolazione organizzativo-funzionale della Azienda USL avente una delimitazione territoriale e una comunità di riferimento.

Il Distretto costituisce un ambito di programmazione delle attività socio-sanitarie dove si realizza il più ampio livello di integrazione tra i diversi servizi che erogano le prestazioni sanitarie e tra questi ed i servizi socio-assistenziali in modo da consentire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni assistenziali della popolazione più anziana.

Il personale operante nel Distretto è costituito da una molteplicità di figure professionali (medico coordinatore, infermiere professionale, fisioterapista, assistente sociale medico di medicina generale, medico della continuità assistenziale ed altri eventuali specialisti). Tra il personale a professionalità sociale vanno considerati gli operatori del Comune e quelli del privato sociale che garantiscono, rispettivamente, sul territorio le prestazioni di natura socio-assistenziale e socio-sanitaria. Il volontariato organizzato e le famiglie completano il quadro delle risorse attivabili.

### ***Il modello funzionale***

Il Distretto non è semplicemente un "contenitore" di servizi territoriali ma funge da centro regolatore sul versante dei bisogni e su quello della rete dei servizi, nonché, rappresenta l'interfaccia tra i servizi ospedalieri (della USL e delle Aziende Ospedaliere) ed i servizi extraospedalieri. In altri termini il Distretto costituisce il punto di accesso alla rete dei servizi territoriali : residenziali, semi-residenziali e domiciliari. La proposta di attivazione di un qualsiasi servizio della rete dovrà essere inoltrata al Distretto dal Medico curante del paziente (anche su segnalazione dell'ospedale, oppure da altri soggetti quali la famiglia, i servizi sociali e le associazioni di volontariato).

In prima istanza l'équipe professionale del Distretto effettua la valutazione del caso che sulla base della complessità dei bisogni potrà essere preso in carico dalla UVG (Unità di Valutazione Geriatrica) che ne analizzerà i bisogni (assessment) per poi disporre i necessari interventi (management) avvalendosi dei servizi disponibili all'interno della rete per un'assistenza continuativa all'anziano bisognoso di cura. La complessità non è strettamente connessa al tipo di patologia presente o alla gravità della stessa, ma piuttosto è espressa da un insieme di variabili, prevalentemente di tipo funzionale (riduzione dell'autosufficienza), che determinano la caratterizzazione del caso come di interesse "geriatrico".

I criteri che l'OMS fornisce per qualificare il paziente geriatrico e differenziarlo da quello tradizionale sono i seguenti :

**la fragilità o instabilità** (come spiccata propensione allo scompenso omeostatico in presenza di eventi negativi di ordine patologico, socio-ambientale e psicologico) ;

**la comorbidità o polipatologia** (con la frequente presenza di forme morbose ad andamento cronico) ;

**l'elevato rischio** (o la presenza) **di deficit funzionali** (con perdita più o meno marcata dell'autonomia personale) ;

**l'età** : fragilità, comorbidità e i deficit funzionali, isolati od associati, aumentano in modo esponenziale dopo i 75 anni.

Qualora al "caso" non venga riconosciuta la "complessità geriatrica" l'équipe distrettuale potrà attivare, d'intesa con il medico curante, i servizi erogabili nell'ambito dell'Assistenza Domiciliare (AD) o avviarlo alla rete dei servizi sociali.

c) I servizi

**c.1) L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)**

L'assistenza domiciliare integrata trova la sua ragione nella linea anticustodialistica e di prevenzione del Progetto Obiettivo "Tutela della salute degli anziani".

Tale approccio culturale considera l'invecchiamento come processo che dura tutta la vita e restituisce una centralità al polo "ambiente di vita" con la conseguente dominanza dell'intervento a domicilio.

L'A.D.I. (assistenza domiciliare integrata) rappresenta il servizio socio-sanitario di base incaricato di rispondere a livello di domicilio, mediante un sistema complesso di prestazioni, a stati di bisogno multipli di tutti quei soggetti, che vivono, in via temporanea o permanente, una situazione di dipendenza, con l'obiettivo di promuovere e sostenere la qualità della vita degli anziani (ovviamente anche dei soggetti disabili); eliminare le istituzionalizzazioni ed i ricoveri impropri; favorire la deospedalizzazione.

In sintesi per A.D.I. si deve intendere un insieme coordinato di attività, a termine, di carattere sanitario e socio-assistenziale:

<i>interventi sanitari</i>	<i>Interventi socio-assistenziali</i>
- assistenza medica	- assistenza sociale
- assistenza medico specialistica	- assistenza domestica
- assistenza infermieristica	- assistenza abitativa
- assistenza riabilitativa	- assistenza economica
	- supporto psicologico e spirituale

rese al domicilio di soggetti, di qualsiasi età, eterodipendenti o di disabili secondo standard minimi di prestazione e secondo programmi individuali di assistenza definiti con il concorso delle diverse competenze professionali in sede di équipe di distretto. Il Distretto, configurato dalla normativa attuale come "polo di erogazione di tutte le attività socio-sanitarie a proiezione di comunità", rappresenta l'ambito intorno al quale organizzare e coordinare il servizio A.D.I. per tutti coloro che abitano nel territorio di riferimento e necessitano di aiuto. All'integrazione socio-sanitaria invece viene affidata la risposta di qualità, obiettivo portante dell'intervento A.D.I., collocabile nel punto di equilibrio fra risorse destinate al sanitario e risorse destinate al sociale. Per conseguire la dimensione funzionale ed operativa dell'integrazione socio-sanitaria si propone lo strumento del Protocollo fra USL e Enti competenti per territorio (Comune) con il quale definire le risorse, le modalità organizzative e le modalità di verifica. Le figure professionali che devono costituire il nucleo permanente del servizio A.D.I. sono:

*per la componente sanitaria:*

- V medico di famiglia dell'utente (responsabile sanitario del caso, informato e coinvolto nei piani assistenziali dell'UVG),
- V infermiere professionale,
- V terapeuta della riabilitazione;

*per la componente socio-assistenziale:*

- V assistenti sociali (con funzione di coordinamento e collegamento funzionale con altri servizi),
- V assistenti domiciliari.



Altre eventuali figure specialistiche saranno interessate sulla base delle necessità. In questo quadro può essere utilmente impiegato, in modo coordinato, l'apporto del volontariato. Il servizio dovrà contemplare momenti di coordinamento collegiale dell'équipe professionale per la programmazione degli interventi e la scelta delle strategie assistenziali; altresì, momenti di coordinamento operativo da affidare ai responsabili delle componenti professionali del nucleo permanente A.D.I.; momenti di coordinamento tra figure professionali diverse impegnate sul singolo caso e di collegamento funzionale con i servizi USL.

All'interno dell'organizzazione del lavoro occorre prevedere strumenti e risorse da dedicare allo sviluppo delle competenze come l'aggiornamento e la ricerca, nonché la possibilità di programmare incontri di verifica sul raggiungimento degli obiettivi.

### ***L'ammissione al servizio A.D.I.***

La richiesta di A.D.I., proposta dal Medico curante (MMG), può essere avanzata da ogni soggetto interessato (singolo operatore, servizi di assistenza geriatrica, cittadino, ecc.).

L'accoglimento della domanda è subordinata ad una ricognizione sulla condizione sanitaria e sullo stato sociale, sulla condizione abitativa ed economica dell'anziano. L'ammissione al servizio dipende dalla valutazione tecnica operata secondo i criteri dettati dalla UVG e sempre in stretta collaborazione con il medico curante.

Tutte le notizie relative al caso saranno registrate sulla cartella individuale.

La decisione amministrativa d'ammissione al servizio spetta al Responsabile del Distretto in accordo con il servizio sociale, coerentemente al carattere interdisciplinare della valutazione e della personalizzazione dell'intervento.

### ***Standard assistenziali A.D.I., previsti dal Progetto Obiettivo Nazionale***

Sulla base delle indicazioni del P.O. le prestazioni dell'assistenza domiciliare integrata dovranno articolarsi nell'arco della settimana comprendendo, se necessario, anche le giornate festive, secondo i seguenti standard minimi individuali:

V 140 ore annue di assistenza domiciliare di tipo socio-assistenziale,

V 100 ore di assistenza infermieristica,

V 50 ore di assistenza riabilitativa,

V 50 accessi del medico di medicina generale,

V 8 consulenze medico specialistiche e di altri operatori.

La traduzione di detti standard in termini di personale porta, per il servizio A.D.I., ai seguenti valori di riferimento:

V un assistente domiciliare ogni 10 anziani,

V un infermiere professionale ogni 14 anziani,

V un terapeuta della riabilitazione ogni 50 anziani.

L'obiettivo assistenziale indicato nel piano nazionale, per il quinquennio 91 - 95 ed assunto in sede di programmazione regionale, è pari al 2% degli anziani ultra 65 anni non autosufficienti, parzialmente autosufficienti ed a rischio d'invalidità. Mentre i costi per assistito vengono computati in L. 12,4 milioni su base annua al 1991, dei quali 9 (73 %) per interventi sanitari da imputare al FSR e 3,4 (27 %) per interventi socio-assistenziali, da imputare al bilancio sociale degli enti locali.

Ferma restando l'incidenza percentuale delle componenti sanitaria e sociale, il costo in valore assoluto, per un posto in ADI, va rivalutato sulla base dell'incremento annuale degli indici ISTAT.

### ***Strumenti per la descrizione, la valutazione e la verifica dell'ADI***

Ad ogni fase del processo di lavoro si deve far corrispondere uno strumento tecnico che consenta la costruzione personalizzata dell'intervento. Si indicano nell'ordine:

- a) la ***Cartella A.D.I.***, utilizzata per la formulazione del bisogno e la definizione del progetto terapeutico; ha le caratteristiche di "Cartella aperta" in quanto accoglie l'apporto di diversi professionisti impegnati nel progetto;
- b) la ***Cartella di Servizio***, utilizzata per la definizione e l'assegnazione dei compiti all'assistente domiciliare; consente, inoltre, il riepilogo orario mensile dell'assistenza domiciliare effettuata corrispondendo ad esigenze di carattere amministrativo.

A complemento di questi strumenti è opportuno predisporre, a cura degli operatori sanitari, un "***diario***" da utilizzare al domicilio del paziente ove annotare tutti gli interventi di natura infermieristica in attesa dell'adozione di un protocollo infermieristico unificante tipologie e modalità d'intervento.

#### **c.2) La residenzialità socio-sanitaria**

Nell'ambito della residenzialità socio-sanitaria sono previste due tipologie di accoglienza con diverso grado di intensità sanitaria ed assistenziale e con una temporalità di erogazione del servizio diversificata.

Queste strutture corrispondono alla Residenza Sanitaria Assistenziale ed alla Residenza Protetta. Entrambe sono dei presidi extraospedalieri socio-sanitari integrati. La RSA è organizzata secondo le indicazioni del DPCM 22/12/89 ed ha maggior rilievo dal punto di vista sanitario; la Residenza Protetta invece garantisce trattamenti sanitari e socio-assistenziali di base.

Si tratta di strutture che possono essere a gestione pubblica, privata o mista.

L'utenza è costituita prevalentemente da anziani non autosufficienti, totalmente o parzialmente, bisognosi di cure sanitarie continuative e non altrimenti assistibili al proprio domicilio.

Ad ognuna di queste strutture può essere annesso un Centro Diurno di assistenza socio-sanitaria integrata per anziani non autosufficienti bisognosi di programmi di riabilitazione e socializzazione in regime semiresidenziale.

La richiesta di ingresso nelle residenze può provenire da ogni soggetto interessato (singolo operatore, servizi di assistenza geriatrica, medico di medicina generale, servizi sociali, cittadino, ecc.).

L'accoglimento della domanda è subordinata ad una ricognizione sulla condizione sanitaria, sullo stato sociale, sulla condizione abitativa ed economica dell'anziano. L'ammissione al servizio dipende dalla valutazione tecnica operata secondo i criteri dettati dalla UVG in stretta collaborazione del Medico curante .

L'accettazione in via amministrativa è disposta dalla struttura del P.O.A. dell'Azienda USL.

I servizi residenziali forniscono le seguenti prestazioni :

- V Assistenza diretta alla persona ;
- V Assistenza tutelare diurna e notturna ;
- V Servizio alberghiero ;
- V Assistenza sanitaria (medicina generale, prestazioni specialistiche, infermieristiche, riabilitative, protesiche e farmaceutiche) ;
- V Assistenza sociale ;
- V Attività riabilitativa ;

V Attività occupazionali, ricreative e culturali.

Ogni residenza, pubblica o privata, deve dotarsi di un regolamento interno (predisposto dalla direzione della struttura sentite le Organizzazioni Sindacali dei pensionati e le Associazioni di Volontariato che tutelano la salute del cittadino) da esporsi, così come devono essere pubbliche le prestazioni fruibili dagli ospiti, le tariffe praticate e la lista di attesa.

Gli accessi relativi alle residenze pubbliche e private convenzionate avvengono secondo una lista di attesa redatta, in ordine cronologico, dall'apposita *struttura* prevista per ogni Azienda USL, per il coordinamento programmatico ed il monitoraggio del presente documento, in base alla data di presentazione della domanda ed indipendentemente dalla allocazione dell'utente al momento della valutazione della UVG (ospedale, altra residenza o domicilio). La predetta lista è aggiornata in tempo reale e resa disponibile per la visione a tutti coloro che ne facciano richiesta.

Questa modalità tende ad assicurare a tutti gli utenti un pari trattamento e ad impedire gli eventuali tentativi di scavalco delle procedure per ottenere l'accesso attraverso o una iniziale breve ammissione nell'ospedale per acuti o un ricovero temporaneo in strutture riabilitative. Inoltre sarà definita una procedura per gli accessi quando le necessità dell'utente dovessero ricadere "nell'emergenza" (riconosciuta oggettivamente dall'UVG).

L'utente, posto in lista di attesa, potrà optare per posti residenziali tra strutture di pari livello.

Ai fini della valutazione delle attività sanitarie, socio-sanitarie ed alberghiere delle strutture la direzione della residenza adotta il metodo della VRQ (Verifica e Revisione della Qualità) sulla base delle indicazioni contenute nel documento predisposto dal Consiglio Sanitario Nazionale, all'interno del gruppo di lavoro per i programmi finalizzati alla tutela della salute degli anziani (determinazione Ministro della Sanità 14/2/91).

Nelle pagine che seguono si riportano le schede riassuntive delle caratteristiche strutturali ed organizzative delle residenze socio-sanitarie extraospedaliere che costituiscono la costellazione dei servizi sociali a rilievo sanitario facenti capo al comparto sanità. Questi servizi usufruiscono, per la componente sanitaria, della quota di finanziamento del Fondo Sanitario Regionale destinata alle attività di prevenzione, cura, e riabilitazione effettuate sia con personale del SSR, sia con personale dipendente delle strutture residenziali.

## RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (RSA)

UTENZA	Anziani non autosufficienti bisognosi di cure sanitarie continuative, non assistibili al domicilio ed anziani provenienti dall'ospedale dopo un evento patologico acuto e/o episodio di riacutizzazione della malattia.
DURATA DEL RICOVERO	<p>Permanente per : pazienti cronico degenerativi; pazienti dementi; pazienti terminali (max 5%, previsto nell'ambito del nucleo per cronico degenerativi).</p> <p>Temporaneo (almeno 30% dei posti) per : soggetti bisognosi di trattamenti riabilitativi e terapeutici in fase post acuta (dimessi dall'Ospedale); riduzione del carico assistenziale sulla famiglia (<i>respite recovery</i>).</p>
FUNZIONE PREVALENTE	Miglioramento dello stato di salute. Stimolazione e mantenimento dei livelli di autonomia, anche residuale, del soggetto. Riabilitazione globale finalizzata ad ottenere un recupero che consenta il ritorno al domicilio o l'inserimento in una struttura a minore intensità assistenziale. Nursing per malati terminali.
LOCALIZZAZIONE	In zona già urbanizzata, integrata con il preesistente contesto e collegata mediante mezzi pubblici a centri urbani. E' importante la presenza di spazi verdi da adibire ad attività motorie e ricreative. La residenza può essere collocata in unico immobile o in immobili distribuiti, purché aggregati o aggregabili.
CAPACITA' RECETTIVA	Ogni struttura ha una recettività variabile da 20 a 60 posti. L'unità di base è il nucleo composto di 10-20 posti per non autosufficienti e di 10-15 posti per dementi, secondo la gravità dei soggetti. L'aggregazione di nuclei per dementi deve essere contenuta entro una capacità recettiva di 40 posti.
PERSONALE	<p><i>Si indicano la dotazione e gli standard di personale per una RSA "tipo" da 40 posti e nuclei a tipologia di utenti "pura":</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 medico specialista in geriatria responsabile della organizzazione sanitaria e presente giornalmente: nucleo cronico degenerativi 7 h/sett. (standard 1/200), nucleo demenze 5 h/sett. (standard 1/280) e nel caso di un numero inferiore di ospiti è necessario garantirne comunque la presenza giornaliera;</li> <li>• 1 medico per l'assistenza medica di base, dipendente (20 h/sett., standard 1/72, nucleo cronico degenerativi; 15 h/sett., standard 1/96, nucleo dementi) o convenzionato con la medicina generale (secondo lo standard previsto nel II Accordo Regionale con i MdMG di cui alla DGR 2 Maggio 1997 n° 2590), presente giornalmente. Durante le ore di non presenza dei medici della struttura, salvo quelle coperte dall'attività di continuità assistenziale, gli stessi si attiveranno per fornire un servizio di turni di disponibilità, concertati tra di loro;</li> <li>• 1 medico specialista fisiatra (dipendente o convenzionato): nucleo cronico degenerativi, 6h/sett. (standard 1/360) ;</li> <li>• 1 infermiere professionale abilitato a svolgere funzioni direttive (standard 1/120);</li> <li>• infermieri professionali (presenti in turno nelle 24 ore) secondo i seguenti standard: 1/6,7 ospiti, nucleo cronico degenerativi; 1/15</li> </ul>

	<p>ospiti, nucleo demenze*;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• terapisti della riabilitazione secondo i seguenti standard : 1/20 ospiti, nucleo cronico degenerativi; 1/60 ospiti, nucleo demenze;</li> <li>• terapisti occupazionali secondo i seguenti standard: 1/40 ospiti, nucleo cronico degenerativi ; 1/180 ospiti, nucleo demenze;</li> <li>• 1 assistente di base coordinatore (standard 1/120 ospiti);</li> <li>• addetti all'assistenza (presenti in turno nelle 24 ore) secondo i seguenti standard : 1/ 2,5 ospiti, nucleo cronico degenerativi; 1/ 1,5 ospiti, nucleo demenze;</li> <li>• 1 responsabile, con profilo professionale non medico a cui compete la direzione organizzativa ed alberghiera (standard 1/60), più altro personale amministrativo di supporto secondo esigenze;</li> <li>• Altri operatori **.</li> </ul>
<p>REQUISITI EDILIZI :</p> <p>Area residenziale Area di servizio, Laboratori e Spazi per le attività sociali</p>	<p>Gli standard edilizi, dimensionali e qualitativi sono quelli previsti dal DPCM 29/12/1989*** per la realizzazione di strutture residenziali per anziani non autosufficienti.</p> <p>Camere da 1 a 2 letti e servizi igienici a norma del DPR 384/78***.</p> <p>Da collocare preferibilmente in un'area di servizi socio-sanitari a ciclo diurno aperta anche alla fruizione della popolazione esterna, finalizzata al mantenimento dell'equilibrio psichico, emotivo e funzionale dell'ospite.</p> <p>Si rinvia al DPCM 22/12/89*** (G.U. n° 2/90) per quanto concerne l'articolazione delle residenze, gli standard dimensionali, la fruibilità degli spazi, la concezione architettonica degli spazi, la sicurezza e la riservatezza.</p>

\* Per le ore in cui l'infermiere non è presente, qualora il nucleo fosse unico, va attivata la pronta disponibilità anche tramite il personale in carico al Distretto di riferimento.

\*\* Assistente sociale, logopedista, psicologo, podologo, parrucchiere, animatore del tempo libero, assistente religioso, autista, cuoco e personale ausiliario addetto alle pulizie e ai servizi generali variabili in base all'organizzazione della RSA (completamente autonoma, funzionalmente legata ai servizi distrettuali, al servizio ospedaliero etc.).

\*\*\* e successive modificazioni intervenute dalla normativa nazionale.

## RESIDENZA PROTETTA

UTENZA	Anziani non autosufficienti non bisognosi di cure sanitarie continuative e non altrimenti assistibili al proprio domicilio.
DURATA DEL RICOVERO	Permanente o Temporaneo ( <i>respite recovery</i> ).
FUNZIONE PREVALENTE	Garantire il massimo grado di autonomia possibile in ambiente controllato e protetto. Qualora l'ospite perda del tutto o in parte la residua autosufficienza è garantita la continuità assistenziale.
LOCALIZZAZIONE	In zona già urbanizzata integrata con il preesistente contesto o collegata mediante mezzi pubblici a centri urbani. E' importante la presenza di spazi verdi da adibire ad attività motorie e ricreative. La residenza può essere collocata in un unico immobile o in immobili distribuiti, purché aggregati o aggregabili.
CAPACITA' RECETTIVA	Ogni struttura ha una recettività variabile da 20 a 60 posti. L'unità di base è il nucleo composto da 10-20 posti.
PERSONALE	<p><i>Si indicano la dotazione e gli standard di personale per una Residenza Protetta "tipo" da 40 posti:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 medico, di norma convenzionato con la medicina generale, particolarmente qualificato per l'assistenza agli anziani, con responsabilità organizzativa e di Direzione Sanitaria della struttura, più altri Medici di M.G., secondo lo standard previsto nel II Accordo Regionale dei M.d.M.G. - DGR 2 Maggio 1997 n°2590. Durante le ore di non presenza dei medici della struttura, salvo quelle coperte dall'attività di continuità assistenziale, gli stessi si attiveranno per fornire un servizio di turni di disponibilità concertati tra di loro;</li> <li>• 1 infermiere professionale abilitato a svolgere funzioni direttive (standard 1/180);</li> <li>• infermieri professionali (presenti in turno nelle 24 ore) secondo il seguente standard : 1/15 ospiti *;</li> <li>• terapisti della riabilitazione secondo il seguente standard : 1/30 ospiti bisognosi di terapia riabilitativa;</li> <li>• animatori per le attività di socializzazione secondo il seguente standard: 1/40 ospiti;</li> <li>• 1 assistente di base coordinatore (standard 1/180 ospiti);</li> <li>• addetti all'assistenza (presenti in turno nelle 24 ore) secondo il seguente standard : 1/3,3 ospiti;</li> <li>• 1 responsabile amministrativo (standard 1/60), più altro personale amministrativo di supporto secondo esigenze;</li> <li>• altro personale **.</li> </ul>
REQUISITI EDILIZI :	<p><i>Spazi privati</i> : camere da 1 letto (min. 12 mq) e da 2 letti (min. 18 mq) con servizi igienici a norma DPR 384/78***.</p> <p><i>Spazi collettivi e per servizi</i> : le sale da pranzo devono essere poste al piano terra; almeno 2 dei servizi igienici devono essere conformi al DPR 384/78***; ogni 15-20 utenti deve essere garantito un bagno assistito (vasca isolata su 3 lati con sollevatore e maniglioni); la cucina deve rispondere ai requisiti del DPR 327/80*** e può anche</p>
La superficie totale utile, compresi i servizi e gli spazi collettivi, per ogni ospite è fissata in almeno 26 mq.	

	<p>essere previsto un cucinotto al piano; i corridoi e le rampe devono consentire il transito agevole di carrozzelle, presidi di deambulazione e personale. In base alla recettività dovranno essere previsti: guardaroba, stileria, lavanderia, dispense, magazzini, ambulatorio medico e locali per servizi tecnici.</p> <p><i>Requisiti particolari</i> : La Residenza protetta deve essere in regola con la normativa vigente in materia di eliminazione di barriere architettoniche e per le nuove realizzazioni non è ammesso il servoscala in alternativa all'ascensore.</p>
--	---

\* Per le ore in cui l'infermiere non è presente, nelle strutture con un numero inferiore di ospiti, va attivata la pronta disponibilità anche tramite il personale in carico al Distretto di riferimento.

\*\* Assistente sociale, logopedista, psicologo, podologo, parrucchiere, assistente religioso, autista, cuoco e personale ausiliario addetto alle pulizie e ai servizi generali variabile in base all'organizzazione della Residenza (completamente autonoma, funzionalmente legata ai servizi distrettuali etc.).

\*\*\* e successive modificazioni intervenute dalla normativa nazionale.

### CENTRO DIURNO

UTENZA	Anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti bisognosi di programmi di riabilitazione globale, di mantenimento e di socializzazione.
DURATA DELLA PRESA IN CARICO	A ciclo diurno (fino ad un massimo di 12 ore) in regime semi residenziale (5 giorni a settimana), per periodi di tempo non superiori ai 4 mesi quando sia previsto il turnover degli utenti.
FUNZIONE PREVALENTE	Sostegno ed aiuto agli anziani; supporto alle famiglie in difficoltà organizzative e relazionali.
LOCALIZZAZIONE	In centro abitato con facilità di accesso ai servizi sociali e sanitari pubblici. E' importante la presenza di spazi verdi da adibire ad attività motorie e ricreative. La struttura può essere annessa anche ad altra struttura residenziale in modo da utilizzare spazi e servizi già esistenti.
CAPACITA' RECETTIVA	Ogni struttura ha una recettività massima di 20 posti.
PERSONALE	<p><i>Si indicano la dotazione e gli standard di personale per un Centro Diurno "tipo" da 20 posti :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 responsabile di professionalità sociale (standard 1/20);</li> <li>• 1 animatore per le attività di socializzazione (standard 1/40);</li> <li>• addetti all'assistenza secondo il seguente standard : 1/4 con ospiti assimilabili al paziente cronico degenerativo; 1/2 con ospiti assimilabili al paziente demente di grado lieve-medio ;</li> <li>• 1 terapeuta della riabilitazione a tempo parziale (in base ai piani di intervento formulati nell'ambito delle attività della UVG, integrata dal fisiatra) ;</li> <li>• 1 terapeuta occupazionale (standard 1/40 ospiti);</li> <li>• per l'assistenza infermieristica si fa riferimento al Distretto, salvo i Centri Diurni annessi ad altre strutture residenziali che possono avvalersi di organici propri ;</li> <li>• per le prestazioni di medicina generale si fa riferimento al medico curante dell'utente che avrà libero accesso alla struttura ;</li> <li>• altro personale *</li> </ul>

<b>REQUISITI EDILIZI :</b>	Spazi interni corrispondenti a 12 mq per ospite con distinzione tra : soggiorno, refezione ed attività varie. Due servizi igienici di cui uno per disabili (DPR 384/78)**. Tali parametri devono ritenersi aggiuntivi se il Centro Diurno risulta annesso ad altra struttura. Tali spazi possono essere utilizzati in comunione con l'utenza della residenza sociosanitaria cui il Centro è collegato.
----------------------------	--

\* Cuoco, autista, personale ausiliario addetto alle pulizie e ai servizi generali variabile in base all'organizzazione del Centro Diurno.

\*\* e successive modificazioni intervenute dalla normativa nazionale.

### ***Disposizioni per le strutture già esistenti***

Con un apposito atto la Giunta Regionale dovrà formulare una disciplina transitoria per le strutture già esistenti. In particolare deroghe potranno essere concesse per :

V le strutture assistenziali esistenti da riconvertire o ristrutturare ;

V le strutture per cui è già programmato il finanziamento (art. 20 L. 67/88), conformi al DPCM 22/12/89;

V i presidi ospedalieri da riconvertire.

Tali deroghe riguarderanno gli aspetti edilizi e strutturali, la capacità recettiva (ferma restando l'articolazione per moduli), la densità abitativa (max 3 posti letto per camera), la localizzazione, la distribuzione dei servizi e la fruibilità degli spazi.

Le deroghe saranno concesse, caso per caso, dall'Autorità Comunale acquisito il parere della Azienda USL territorialmente competente.

I progetti per l'adeguamento dovranno essere presentati entro un termine da stabilirsi nell'atto di Giunta Regionale.

La realizzazione delle opere dovrà essere effettuata entro un termine massimo di 12 mesi dall'approvazione del progetto.

### **c.3) La residenzialità sociale**

Di seguito, invece, viene indicata l'offerta di servizi più propri del comparto sociale, la cui titolarità spetta ai comuni, indispensabili ed interdipendenti ai fini della creazione di un circuito virtuoso di residenzialità extraospedaliera.

Per le residenze di tipo sociale, che sono illustrate nelle tabelle successive, si utilizza la seguente nomenclatura: Comunità Alloggio (gruppo appartamento) e Casa Famiglia.

Entrambe queste tipologie di residenzialità propongono soluzioni di convivenza sociale assimilabili alla convivenza familiare.

#### **GRUPPO APPARTAMENTO**

Definizione	Unità abitativa di piccole dimensioni (appartamento), pubblica o privata che configura una soluzione abitativa di tipo comune, autogestita dai fruitori e promossa nell'ambito delle politiche assistenziali locali attraverso l'azione mediatrice dei servizi sociali del Comune.
Destinatari	Anziani autosufficienti non bisognosi di assistenza sanitaria specifica.
Finalità	Contrastare condizioni di isolamento e di solitudine; favorire la mutualità e la



	socialità.
Localizzazione	Di norma in centro abitato e in unità residenziali e/o condominiali servite da mezzi pubblici.
Capacità recettiva	Non deve eccedere i 4 posti.
Standard	Comune abitazione priva di barriere architettoniche. Autorizzata dal Sindaco.

### CASA FAMIGLIA

Definizione	Unità abitativa di piccole dimensioni (appartamento), pubblica o privata che configura una soluzione abitativa di tipo comune autogestita dai fruitori, con l'appoggio esterno dei servizi distrettuali, e promossa nell'ambito delle politiche assistenziali locali attraverso l'azione mediatrice dei servizi sociali.
Destinatari	Anziani autosufficienti bisognosi di supporto assistenziale.
Finalità	Sostenere una dimensione di vita autonoma, garantendo protezione e favorendo lo scambio sociale ed umano.
Localizzazione	Di norma in centro abitato e in unità residenziali e/o condominiali servite da mezzi pubblici.
Capacità recettiva	non deve eccedere i 4 posti e può essere organizzata per nuclei, all'interno di una stessa unità strutturale, fino ad un massimo di 5 (20 posti).
Standard: nucleo base	Comune abitazione priva di barriere architettoniche. Cucina 12 mq, Camere : 1p.l. 10 mq, 2 p.l. 16 mq ; due bagni (di cui uno "di servizio"). Sala da pranzo e soggiorno (8 mq / p.l.). Per il supporto assistenziale si fa riferimento agli operatori dell'assistenza del Distretto. Va attivato, inoltre, il servizio di teleassistenza.

#### c.4) I costi della residenzialità sociosanitaria

Alla determinazione del costo dei servizi e presidi integrati sanitari-assistenziali, residenziali, semiresidenziali, a favore di anziani non autosufficienti concorrono costi derivanti da prestazioni: sanitarie, socio-assistenziali a rilievo sanitario e socio-assistenziale.

Le quote vengono determinate con specifici atti della Giunta Regionale.

### RESIDENZA PROTETTA e RSA

#### **Medicina generale :**

durante il ricovero, temporaneo o definitivo, in RSA ed in Residenza Protetta viene "congelata" la scelta del Medico di famiglia originario, se questi non opera nella struttura stessa, con sospensione della quota capitaria.

#### **Assistenza farmaceutica e specialistica:**

durante la degenza in RSA e in RP vige l'esenzione su prestazioni farmaceutiche, diagnostiche e terapeutiche.

#### **Protesi :**

per tutte le tipologie di residenzialità sociosanitaria sono a carico del SSN a norma del Nomenclatore Tariffario Unico.

**Assistenza sanitaria:**

per l'ospitalità in RSA la quota sanitaria a carico del FSR è per soggetti *cronico degenerativi* pari al 79 % della retta complessiva in applicazione delle "Linee Guida 1/94" del Ministero della Sanità, mentre per soggetti *dementi* è pari all'82% della retta complessiva in applicazione della sopra citata Linea Guida.

Per l'ospitalità in Residenza Protetta la quota sanitaria prevista è pari al 70 % della retta complessiva.

**Assistenza alberghiera e sociale :**

La quota sociale giornaliera per l'ospitalità in RSA, per soggetti *cronico degenerativi e dementi*, è a carico, totalmente o parzialmente, dell'assistito (o dei familiari obbligati per legge) in base al suo reddito. Gli ospiti che beneficiano dell'indennità di accompagnamento sono tenuti a corrispondere alla struttura l'intera quota di detto assegno, quale contributo per la spesa alberghiera e sociale. Nel caso in cui la quota sociale non possa essere posta, totalmente o parzialmente, a carico dell'utente (o dei familiari obbligati per Legge), il Comune di residenza provvede ad integrarla fino alla completa copertura.

**All'ospite deve comunque essere conservata una disponibilità di reddito non inferiore a L. 300.000 mensili.**

**Assistenza ai pazienti in dimissione protetta :**

Nei casi in cui il paziente da inserire in RSA, dimesso anticipatamente dall'ospedale e qualificato dall'UVG come "post-acuzie", è garantita dal SSR l'intera copertura dei costi in RSA per un periodo massimo di 60 giorni.

## CENTRO DIURNO

Per gli anziani in trattamento presso il Centro Diurno non si applicano le condizioni e le esenzioni previste per gli ospiti delle RSA e delle Residenze Protette relativamente a: **medicina generale, specialistica e assistenza farmaceutica** (a meno che non ne abbiano i diritti).

Per **l'assistenza alberghiera e sociale** è prevista una compartecipazione dell'utente, o percentualmente dei familiari obbligati per legge o dell'ente locale, in ragione del reddito, fino ad una quota massima di L. 16.000 giornaliera.

### 5.1.2.4. La formazione del personale

Nell'attività di produzione dei servizi sociosanitari la qualità professionale entra direttamente nella qualità del processo e del prodotto, costituito quest'ultimo da una elevata componente immateriale. Ne consegue che la riuscita di questa linea progettuale incentrata sull'idea di "Qualità dell'esistenza" è fortemente collegata alla competenza, alla motivazione, alla capacità relazionale e non semplicemente alla "abilità tecnica" del personale impegnato nei servizi. Per sviluppare una cultura della qualità dei servizi è opportuno coinvolgere tutti gli operatori interessati attraverso un processo costante di formazione, ricerca, sperimentazione. Le figure destinatarie dell'intervento formativo sono rappresentate dai componenti delle UVG, dalle équipes professionali del Distretto SS, dai medici di medicina generale, dagli operatori dei servizi socio assistenziali degli Enti Locali, dagli operatori del privato sociale e del volontariato.

Per la messa a punto dei percorsi formativi si prevede il coinvolgimento diretto dell'Università degli Studi di Perugia ed in particolar modo dell'Istituto di Geriatria e Gerontologia.

Gli argomenti oggetto di trattazione saranno diversificati nei contenuti e nella metodologia didattica a seconda del target del programma formativo. Un'area trasversale di tale programma dovrà riguardare: il lavoro in équipe, la gestione delle comunicazioni, ruoli, responsabilità, controllo di qualità e monitoraggio degli interventi.

Tra gli obiettivi formativi dovrà essere preso in considerazione anche quello volto alla produzione di un "manuale" divulgativo ed al contempo operativo (specifica informazione sulla rete dei servizi e protocolli).

Ulteriori azioni formative possono essere attivate anche in favore delle persone anziane con l'obiettivo di sviluppare ed accrescere le capacità umane come processo in base al quale il soggetto si predispone ad affrontare i diversi periodi della vita, a capire ed a dirigere il mutamento che accompagna l'evoluzione della persona attraverso l'età, ad imparare e programmare le proprie aspirazioni in base alle risorse disponibili.

#### **5.1.2.5. Gli elementi per la fattibilità progettuale**

##### a) Il coordinamento programmatico

In attuazione della Legge Regionale di riordino delle funzioni socio-assistenziali i Comuni, singoli o associati, programmano prioritariamente secondo gli indirizzi assunti nella presente "linea guida di assistenza agli anziani".

Analogamente le Aziende USL provvedono all'attivazione, nei territori di riferimento, dei predetti servizi.

A tal fine ogni Azienda USL istituisce una apposita struttura per il coordinamento programmatico ed il monitoraggio della presente Linea Guida.

##### b) L'integrazione socio-sanitaria

L'integrazione sociosanitaria è un fattore di efficacia qualitativa e prerequisito per il funzionamento degli organismi multiprofessionali (UVG).

Al fine di conseguire la necessaria integrazione fra servizi sociali e servizi sanitari, nonché l'unitarietà degli interventi, i Sindaci dei Comuni ricompresi nel territorio della Azienda USL stipulano convenzioni fra i soggetti interessati, ai sensi dell'art. 24 della L. 142/90, per l'attivazione, in ambiti territoriali concordati, di un servizio unico per il coordinamento e l'integrazione delle azioni assistenziali di natura sociale e sanitaria in favore delle persone anziane (servizio territoriale assistenza anziani).

A livello operativo l'integrazione socio-sanitaria viene assicurata mediante l'adozione di protocolli di lavoro.

##### c) La partecipazione.

E' prevista l'attivazione di almeno due momenti partecipativi:

- Comitato Consultivo misto, con la presenza delle associazioni sindacali, del volontariato, del mondo professionale e dell'Assessorato alla Sanità, per il supporto alle attività regionali di valutazione di qualità percepita e di verifica della accessibilità e sostenibilità del sistema residenziale di cui sopra.

- Comitato partecipativo di struttura, la cui attività viene definita nel regolamento di cui dovrà dotarsi ogni centro per anziani, sulla base di un regolamento tipo regionale.

### **5.1.3. Progetto Umbria Diabete**

Il Diabete Mellito è una patologia cronica causata dalla carenza assoluta o relativa dell'insulina che determina la presenza di livelli inappropriatamente elevati di glucosio nel sangue con una storia naturale che prevede la possibilità di complicanze acute e croniche. Per tale motivo la malattia diabetica è una malattia invalidante sia dal punto di vista fisico che psicologico. Il Diabete Mellito inoltre è una malattia di elevato costo sociale che incide in maniera rilevante sulle non illimitate risorse economiche disponibili per la sanità. Le conoscenze e gli strumenti diagnostici e terapeutici oggi disponibili sono in grado, se applicati correttamente, di ridurre in modo estremamente significativo gli effetti negativi di tale malattia sia in termini di salute che di costi sociali.

In Umbria il Piano SSR 1989-91 prevedeva l'Azione Programmata: Lotta Contro il Diabete nell'ambito della quale venivano indicati gli obiettivi e la struttura dell'intervento assistenziale in ambito diabetologico facendo riferimento alla Legge 115/87, ed ai principi della Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e della Federazione Internazionale del Diabete (IDF) esplicitati nella Dichiarazione di St Vincent.

Nel 1992 il Centro Regionale di Riferimento per la Malattia Diabetica, individuato nell'Istituto di Patologia Medica (ora Dipartimento di Medicina Interna e Scienze Endocrine e Metaboliche – DI.M.I.S.E.M.) dell'Università degli Studi di Perugia proponeva un programma quadro per lo sviluppo di progetti operativi integrati denominati "Progetto Umbria Diabete" approvato dalla Giunta Regionale con delibera 4689 del 23.06.'92, di cui il presente atto vuole costituire l'aggiornamento per il triennio 1999-2001.

#### **5.1.3.1 Epidemiologia del Diabete**

##### *Aspetti generali*

Il Diabete Mellito ha una prevalenza che oscilla intorno al 3-5%.

La incidenza del Diabete Mellito Tipo 1 presenta una notevole difformità legata a fattori razziali o geografici, con valori che oscillano per l'Europa tra 30 casi/100.000 persone anno in Finlandia e 5-6 casi/100.000 persone/anno in Grecia.

Il Diabete Mellito Tipo 2 presenta nei paesi occidentali una prevalenza che oscilla intorno al 5% (5% in Europa, 7% in USA) ed una incidenza di 23 nuovi casi per 10.000 persone per anno. Tale incidenza aumenta se si prendono in considerazione le fasce di età più avanzata: 58,5 nuovi casi/1000 persone/anno per il gruppo di età 55-64 anni e 48,6 nuovi casi /1000 persone/anno per il gruppo di età > 65 anni.

Utilizzando i dati presenti nella letteratura mondiale si stima il numero totale dei diabetici in 111 milioni di pazienti di cui circa 99 milioni di Tipo 2.

Rapportando tali dati con quelli di incidenza e prevalenza conosciuti che hanno mostrato come la malattia si sia triplicata negli ultimi 30 anni, si può stimare che nel 2010 la popolazione dei diabetici di Tipo 2 clinicamente manifesto salirà a 210 milioni di individui.

Inoltre si deve notare che a fronte di una prevalenza del 3-5% di casi noti, circa il 50% dei casi di Diabete Mellito Tipo 2 risulta non diagnosticato.

Sebbene non esista un dato unico della prevalenza del Diabete in Italia, utilizzando i dati riportati da varie esperienze locali, si può desumere una prevalenza della malattia sul territorio nazionale intorno al 3% con una stima di circa 2,5 milioni di individui affetti di cui 300.000 trattati con insulina.

I dati di incidenza relativamente al Diabete di Tipo 1 mostrano una discreta omogeneità in tutto il territorio variando da 4,71 a 10,1 casi/100.000 persone /anno ad eccezione della Sardegna dove l'incidenza è di circa 30,7 casi/100.000 persone/anno.

L'Istat ha rilevato che circa il 25% dei diabetici, pur essendo a conoscenza della propria condizione, dichiara di non seguire le indicazioni terapeutiche, collocando questa patologia tra quelle che hanno le più alte percentuali (relativamente alle altre malattie cronico-degenerative) di mancata adesione – dichiarata - ai trattamenti.

#### *Epidemiologia del diabete in Umbria*

Nel periodo 1985-1990 è stata condotta in Umbria, promossa dal Ministero della Sanità e realizzata in collaborazione tra l'Assessorato Regionale alla Sanità ed il Centro Regionale di Riferimento per la Malattia Diabetica, una indagine epidemiologica per valutare l'impatto della malattia diabetica nella nostra regione. A tal scopo è stata selezionata l'area campione corrispondente alla ULSS N° 5 di Foligno. I dati raccolti hanno permesso di individuare circa 2884 soggetti diabetici; la prevalenza del Diabete noto è risultata pari al 3,168% con una prevalenza del Diabete Mellito Tipo 1 dello 0,085%. L'incidenza del Diabete Mellito Tipo 1 era di 6,34 casi/100.000 persone/anno e quella del Diabete Mellito Tipo 2 di 229/100.000 persone/anno.

Una ulteriore e più recente ricerca svolta in collaborazione dal Centro Regionale di Riferimento per la Malattia Diabetica, l'Assessorato alla Sanità della Regione Umbria e gli Ordini dei Medici delle Province di Perugia e Terni, su tutto il territorio regionale ha evidenziato una prevalenza del 2,9% con una stima di circa 30.000 soggetti affetti da Diabete su tutto il territorio regionale.

#### *Complicanze.*

La malattia diabetica è gravata da alti tassi di mortalità e morbilità.

La *mortalità* nei diabetici è 2-3 volte più alta che nella popolazione non diabetica con una riduzione dell'aspettativa di vita di 7-10 anni. Il Diabete rappresenta il 17,2% delle cause di morte dopo i 25 anni ed ogni anno il 5,5% dei soggetti diabetici muore.

Nei diabetici la *morbilità e la mortalità per cardiopatia ischemica* sono 2 volte maggiori nei maschi e 4 volte nelle femmine rispetto alla popolazione non diabetica. La mortalità dopo infarto del miocardio è 2 volte più elevata nei diabetici che nei non diabetici, in rapporto ad una maggiore estensione dell'area infartuale e ad un danno cardiaco più diffuso di natura microangiopatica. L'infarto silente è una evenienza ritenuta abbastanza frequente nel Diabete mellito con neuropatia autonoma.

La *vasculocerebropatia* si presenta nei diabetici con una frequenza da 2 a 4 volte più elevata che nei non diabetici, assumendo anche un carattere di maggiore gravità.

La "*claudicatio intermittens*" è 4 volte più frequente nei diabetici di sesso maschile e 6 volte in quello femminile, rispetto alla popolazione non diabetica. Indagini epidemiologiche hanno dimostrato che il 50% circa delle amputazioni non traumatiche degli arti inferiori si verificano nei pazienti diabetici. Le amputazioni non traumatiche sono 40 volte più frequenti nei diabetici che nella popolazione generale.

La *nefropatia diabetica* rappresenta una delle cause più frequenti di ESRD (end-stage renal disease). In particolare, negli U.S.A. circa il 35% dei pazienti in uremia riconosce nella malattia diabetica la causa dell'insufficienza renale; in Europa tale incidenza è apparentemente ridotta (10-15%) anche se con diversità a seconda dell'area geografica. Seppure l'incidenza della nefropatia diabetica è di gran lunga superiore nel Diabete di Tipo 1 la numerosità dei pazienti con Diabete di Tipo 2 in E.S.R.D. è equivalente data la più alta numerosità di questa popolazione. Tra le complicanze croniche della malattia diabetica la nefropatia diabetica è quella di più frequente riscontro ed è quella che causa il maggior grado di morbilità e mortalità e comporta il maggiore costo socio-economico. L'incidenza di nefropatia diabetica è in funzione della durata di malattia diabetica con un massimo tra i 10 ed i 20 anni (4% all'anno). I dati relativi all'incidenza cumulativa mostrano nel Diabete di Tipo 1 dati percentuali pari al 20-25% dopo 15 anni

dall'insorgenza della malattia. Anche considerando i dati relativi alla prevalenza vi é un chiaro rapporto con la durata del Diabete (prevalenza globale pari al 20% circa dopo 20 anni) seppure con sostanziali differenze tra pazienti di Tipo 1 e Tipo 2 ( 25-30% vs 5-10% ). La insufficienza renale è 17 volte più frequente nei diabetici che nella popolazione generale.

*La neuropatia periferica* è una frequente complicanza del Diabete mellito. Indagini epidemiologiche eseguite negli ultimi anni in diverse nazioni e di recente anche in Italia hanno dimostrato che il 25-35% dei pazienti diabetici è affetto da questa patologia.

La malattia diabetica è responsabile del 15% di tutte le *cecità* (causa principale di cecità per cause non traumatiche). La cecità è 25 volte più frequente nei diabetici rispetto alla popolazione generale.

#### *Le complicanze del Diabete in Umbria.*

Il progetto Umbria Diabete nella sua prima fase di rilevazione epidemiologica ha mostrato la prevalenza e l'incidenza nella nostra regione per le complicanze prese in esame.

#### *A) Amputazioni*

Nel periodo 1991-1994 sono state rilevate 725 amputazioni non traumatiche di cui 371 in pazienti diabetici. La incidenza delle amputazioni nella nostra regione risultava di circa 400/100.000 soggetti diabetici. Delle amputazioni nei soggetti diabetici, un terzo erano amputazioni maggiori (di coscia) ed un altro terzo circa di gamba. La degenza media era calcolata per i soggetti diabetici di circa 28 giorni con 103 pazienti diabetici amputati il cui ricovero era maggiore di 35 giorni. Nei soggetti diabetici amputati è stato rilevato un numero di 19 decessi perioperatori.

#### *B) Ipertensione IMA Ictus*

Una analisi trasversale eseguita nel 1993 in collaborazione con 18 MMG distribuiti in 7 ULSS della regione, ha preso in esame 25973 soggetti che rappresentavano il 3,2 % della popolazione umbra.

La prevalenza della ipertensione arteriosa nella popolazione diabetica è risultata essere del 41 % nei diabetici di Tipo 2 e del 10,3% nei diabetici di Tipo 1.

Nella popolazione osservata la prevalenza di infarto del miocardio e dell'ictus cerebrovascolare era rispettivamente del 4 e del 6%, significativamente superiore rispetto alla popolazione generale. La ipertensione rappresentava un significativo fattore indipendente di rischio.

#### *C) Nefropatia*

In 7 centri diabetologici ospedalieri dell'Umbria sono stati sottoposti a screening tramite apposite schede di rilevazione 4380 pazienti diabetici di cui 750 di Tipo 1 e 3630 di Tipo 2.

Dalle analisi delle schede è emerso che circa il 17% dei pazienti con Diabete di Tipo 1 e il 16% dei pazienti con Diabete di Tipo 2 presenta una nefropatia conclamata sulla base o della presenza di una proteinuria quantitativa (Albustix + o proteinuria  $\geq 300\text{mg/l}$ ) o di una alterazione di valori di creatinina plasmatica.

Analizzando i dati relativi al rapporto albuminuria/creatinuria come espressione di una microalbuminuria e quindi di una nefropatia incipiente è emerso che circa il 20% dei diabetici di Tipo 1 e il 18% dei diabetici di Tipo 2 può essere definito come microalbuminurico.

Un altro dato saliente che emerge dalle schede è che circa il 70% dei pazienti con Diabete di Tipo 2 è in trattamento ipertensivo o è definibile come iperteso in base ai nuovi criteri di classificazione dell'ipertensione arteriosa.

#### *D) Gravidanza*

Per quanto riguarda la gravidanza nel periodo 1992-1993 è stata condotta una analisi nella USL di Assisi che ha evidenziato una prevalenza del Diabete mellito gestazionale del 7% e di intolleranza ai glicidi del 3%. Delle gravide diabetiche il 31% aveva effettuato parto cesareo, il 18% aveva partorito neonati macrosomici e nel 45% dei casi erano presenti altre complicanze.

Tali dati sembrano essere confermati dai risultati preliminari di uno studio epidemiologico in corso su tutto il territorio regionale attuato in collaborazione con la Clinica Ostetrica dell'Università di Perugia, i servizi di Diabetologia ed i punti nascita della Regione.

### **5.1.3.2 Costi della malattia diabetica**

#### *Stime dei costi causati dalla malattia diabetica*

Il Diabete è causa di importanti costi sanitari; è stato stimato che negli USA e nel Regno Unito la spesa per il Diabete sia pari al 6-10% del totale della spesa per l'assistenza sanitaria. I risultati di una ampia indagine americana hanno mostrato che la spesa, in termini di soli costi diretti, per il Diabete era pari all'11,9% della spesa sanitaria totale (86 miliardi di dollari/anno). Di questa il 63% era legato alle spese di ospedalizzazione (complicanze acute e croniche), il 22% alla assistenza ambulatoriale (specialistica e non) ed il 9% alla terapia ed ai presidi non farmacologici. La spesa annuale totale per le prescrizioni per ogni soggetto risulta 3 volte maggiore nei diabetici.

Oltre ai *costi diretti* la malattia diabetica determina costi indiretti elevatissimi (intesi come perdita di produttività principalmente) che in uno studio analogo al precedente rappresentavano il 51% della spesa totale per il Diabete. La mortalità precoce è responsabile per il 58% dei costi indiretti, la morbilità di breve durata del 18,5% e la morbilità di lunga durata del 24%. Le complicanze croniche della malattia diabetica rappresentano la fonte maggiore di spesa sia come costi diretti (50% del totale) che soprattutto in termini di costi indiretti (98%).

Una ulteriore voce di costo è il così detto *costo intangibile* cioè la riduzione della qualità della vita legata alla presenza del Diabete sia in termini generici di patologia cronica che di aspetti specifici legati alla malattia diabetica. La sua quantificazione in termini economici è estremamente difficile ed un tentativo è stato fatto introducendo le unità di misura QALY e DALY.

*Il piede diabetico* è un problema economico di vaste proporzioni, specie nel caso di amputazione, e ciò a seguito della prolungata ospedalizzazione, della riabilitazione e del crescente bisogno di assistenza a domicilio e di servizi sociali.

Negli USA il costo delle guarigioni di prima intenzione è stato stimato intorno ai 7.000-10.000 dollari. Il costo immediato di un'amputazione associata al piede diabetico si aggira intorno ai 30.000-60.000 dollari. Il costo a lungo termine (tre anni) per una iniziale amputazione si valuta attorno a 43.000-63.000 dollari, a seguito principalmente del crescente bisogno di assistenza domiciliare e di servizi sociali. Il costo corrispondente per individui con guarigione di prima intenzione oscilla fra i 16.000 ed i 27.000 dollari. Si aggiungano a queste spese il costo che deriva indirettamente dalla perdita di produttività, nonché i costi sostenuti personalmente dai pazienti e lo scadimento della qualità di vita. Ne consegue che la spesa totale per il piede diabetico negli USA è stata valutata in 4.000.000 di dollari l'anno.

*La nefropatia diabetica* rappresenta un notevole problema sociosanitario sia per l'elevato costo-sociale che per il più grave rischio di morbilità e mortalità esistente in questi soggetti.

Seppure non esistano dati o indagini epidemiologiche condotte sul territorio nazionale, informazioni acquisite dai vari centri emodialitici indicano un costo presunto variabile da 50 a 100 milioni annuali per paziente a seconda del tipo di trattamento sostitutivo. A tale cifra va aggiunto il costo relativo al trattamento farmacologico, alle eventuali prestazioni specialistiche e soprattutto ospedaliere (degenza) che sicuramente sono più frequenti in questo tipo di pazienti.

Relativamente ai *costi sociali* è da considerare in questi pazienti una ridotta capacità lavorativa che nella maggior parte dei casi comporta una totale inabilità ed una ridotta sopravvivenza rispetto ai pazienti non diabetici. Anche in Italia esistono dati sufficientemente sicuri che comprovano nei pazienti diabetici una sopravvivenza a 5 anni pari od inferiore al 50%.

In particolare per quanto concerne il trapianto renale in pazienti diabetici uremici vi é , in accordo con le osservazioni sulla popolazione generale, un insufficiente ricorso a questo approccio

terapeutico rispetto alle richieste. Non sono comunque ad oggi disponibili in Italia dati di sicuro significato sulla sopravvivenza di pazienti diabetici uremici sottoposti a trapianto renale.

Altro dato importante da sottolineare è la difficoltà di operare delle scelte terapeutiche razionali ed individualizzate in funzione delle possibilità operative dei vari centri di Dialisi. Sicuramente la mancanza di dati sulla entità del fenomeno nefropatia diabetica non consente una corretta ed adeguata programmazione del lavoro dei diversi centri.

*Nella gravidanza* i costi sanitari e sociali derivano per lo più dalle complicanze: una diagnosi precoce di Diabete mellito gestazionale ed un immediato approccio terapeutico con dieta ed eventualmente con terapia insulinica, riducono significativamente la morbilità durante la gravidanza, il rischio di parto precoce e le complicanze fetali. Nella gravidanza di pazienti già affette da Diabete parimenti un controllo molto attento riduce il rischio di malformazioni fetali; in tali pazienti è importante il controllo delle eventuali complicanze micro e macroangiopatiche che con lo stress gravidico possono subire una ulteriore evoluzione in senso negativo.

I più recenti ed importanti studi di intervento (DCCT per il Diabete di Tipo 1 e lo UKPDS per il Tipo 2) che hanno preso in considerazione per un periodo di oltre 10 anni l'effetto della terapia intensiva sulla insorgenza e sulla evoluzione delle complicanze hanno dimostrato che i maggiori costi a breve termine determinati dai regimi terapeutici intensificati sia per il controllo della iperglicemia che della ipertensione hanno determinato un abbattimento dei costi nel medio-lungo termine per la gestione della popolazione trattata in relazione alla riduzione delle complicanze croniche della malattia.

In Italia è stato stimato che la presenza di Diabete porti ad un incremento della spesa per ogni paziente in un anno di 2,5 milioni di lire in termini di costi diretti e di 11 milioni di lire in termini di costi indiretti.

#### *Costi della malattia diabetica in Umbria*

Pur non essendo disponibili dati completi sul costo della malattia diabetica nella nostra Regione, due esperienze, una in tema di spesa farmaceutica ed una come costo delle amputazioni, possono dare una immagine dell'impatto economico di tale patologia nella spesa sanitaria regionale.

Nel 1997 il servizio di Assistenza sanitaria e Farmaceutica della Regione Umbria ha effettuato una proiezione dei costi per un anno della assistenza diabetologica nella nostra regione (basandosi sui consumi farmaceutici di alcuni mesi dello stesso anno); tale analisi ha evidenziato come la spesa per i farmaci potesse essere quantificata in circa 5 miliardi di lire (pari al 4 % della spesa farmaceutica totale) e quella per i presidi sanitari in circa 9 miliardi di lire.

Per quanto riguarda il costo delle amputazioni facendo riferimento alla degenza media calcolata per i soggetti diabetici di circa 28 giorni, come già riportato in precedenza, ed utilizzando i tariffari regionali, è stata stimata per il 1991 per la ospedalizzazione relativa agli amputati diabetici nella intera regione una spesa di circa 1,5 miliardi di lire.

A queste cifre vanno aggiunti i costi assai maggiori delle prestazioni mediche ambulatoriali, dei periodi di ospedalizzazione, della interruzione della attività lavorativa (periodica o totale) e di un eventuale stato di invalidità permanente.

### **5.1.3.3 Obiettivi dell'assistenza Diabetologica in Umbria**



Il PSSR dell'Umbria fa propri gli obiettivi della Organizzazione Mondiale della Sanità e della Federazione Internazionale Diabete come formulati nella Dichiarazione di St Vincent e costituiti dal miglioramento della qualità e quantità di vita della popolazione diabetica.

Per tale motivo vengono previsti:

- a) interventi di prevenzione primaria della malattia più concretamente ottenibili nel Diabete di Tipo 2, ma perseguibili attraverso un impegno di ricerca finalizzata anche nel Tipo 1;
- b) la definizione di ruoli e responsabilità dei livelli assistenziali: I° (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, distretti); II° (servizi di Diabetologia delle Aziende Sanitarie Locali) e III° (Centri di Diabetologia delle Aziende Ospedaliere);
- c) interventi di prevenzione terziaria volti a rallentare la progressione delle complicanze una volta che queste si siano manifestate ed a minimizzarne l'effetto sulla qualità di vita dei soggetti colpiti.

Al fine di raggiungere tali obiettivi viene elaborato un piano di intervento che prevede nel triennio 1999-2001:

- A) la definizione di indirizzi preventivi, diagnostici e terapeutici, validati sul piano dei contenuti scientifici e tecnici e appropriati per la specifica realtà umbra, in modo da disporre di linee guida regionali sulla malattia diabetica (il PSN 1998-2000 non prevede al riguardo linee guida nazionali) di cui si deve prevedere il periodico aggiornamento;
- B) la definizione di ruoli e responsabilità dei livelli assistenziali: I° (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, distretti); II° (servizi di Diabetologia delle Aziende sanitarie Locali) e III° (Centri Regionali di Riferimento per la Malattia Diabetica presso le aziende ospedaliere);
- C) integrazione delle funzioni di I, II e III livello in base a protocolli operativi relativi a:
  1. interventi educativi (di seguito meglio specificati nel relativo paragrafo);
  2. identificazione del livello assistenziale ottimale per la gestione del paziente, in funzione di obiettivi terapeutici individuali elaborati sulla base di "profili di rischio" che possono essere basati anche su valori soglia sia per il compenso metabolico che per lo stato delle complicanze;
  3. sistemi di flusso e gestione dati, facendo riferimento alle indicazioni del Gruppo di Studio **Diabetes Optimization through Information Technology** della European Association for the Study of Diabetes ed ai Progetti della Unione Europea (U.E.) sul tema specifico;
  4. sistemi di verifica e sviluppo della qualità, facendo riferimento al Programma Diab Care della OMS e dell'IDF ed ai progetti della U.E. sul tema specifico;
  5. progetti di ricerca finalizzati;
- D) la determinazione dei livelli di supporto all'attività programmatrice e valutativa del SSR.

#### *Interventi educativi e preventivi*

Le DGR 59 del 14/1/1998 e 1851 del 23/12/1998 definiscono un "Progetto di educazione alla salute per pazienti portatori di patologie a decorso cronico-degenerativo", con l'obiettivo di migliorare il servizio di gestione, prevenzione ed educazione svolto sul territorio regionale, prevedendo:

- a) una prima fase, pilota, in cui un primo nucleo di formatori realizzerà una piattaforma comune di linguaggio, metodologie, conoscenze ed obiettivi per:
  - formare un primo nucleo di operatori sanitari capaci di sviluppare attività di educazione personalizzata al paziente e prevenzione all'interno della propria realtà lavorativa;
  - formare un primo nucleo di pazienti motivati ad affiancare medici ed educatori per future attività educative all'interno dei Centri Diabetologici regionali;
  - fornire ai Centri Diabetologici regionali modelli concettuali, metodologie e strumenti di lavoro per impostare progetti di educazione calati sulle proprie realtà.

Sarà sviluppata una base culturale comune attraverso l'analisi di linee guida per la prevenzione e cura del diabete mellito e messe a punto metodologie educative efficaci per favorire l'autogestione della malattia diabetica.

Nell'ambito del corso verranno sviluppati otto moduli corrispondenti alle giornate di formazione con tematiche specifiche (automonitoraggio, ipoglicemia e iperglicemia, alimentazione ed attività fisica; situazioni speciali, gravidanza e diabete, complicanze croniche, progettazione formativa, metodologia della qualità totale nel servizio sanitario, educazione alla salute e comunicazione) con particolare attenzione anche agli aspetti peculiari dei bambini.

b) Una seconda fase, a regime, in cui sarà coinvolto attivamente l'intero territorio regionale attraverso le singole A.S.L. dell'Umbria, compresi i Medici di Medicina Generale (Associazioni di Categoria e gli Ordini dei Medici), nonché le Associazioni dei Pazienti Diabetici.

#### *Funzioni / Responsabilità dei livelli assistenziali I, II, III*

Il Piano assume per la prevenzione e tutela della salute dei diabetici livelli assistenziali analoghi a quelli previsti per altre malattie cronic-degenerative, dove i medici di base (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta) con la loro capillare diffusione territoriale costituiscono l'intelaiatura della rete assistenziale e garantiscono la continuità assistenziale, mentre i servizi di II° e III° livello supportano (in senso ampio) sia la loro attività che quella programmatica e valutativa del SSR, in ciò affiancati, con un profilo particolare, dalle associazioni di volontariato e per la tutela dei diritti dei cittadini.

Nello specifico della patologia diabetica, la realtà operativa in Umbria presenta situazioni molto differenziate, talché il Piano assume come obiettivo del triennio l'effettivo riorientamento dei ruoli e delle responsabilità assistenziali sulla base di quanto di seguito specificato.

#### **I Livello (Medici di medicina generale – Pediatri di libera scelta - Distretti)**

Screening	a) dei soggetti a rischio per il Diabete Mellito; b) del Diabete Gestazionale.							
Diagnosi	Soggetti sintomatici o reperti occasionali. I soggetti di nuova diagnosi vengono inviati al Servizio di II livello per la valutazione dello stato di salute e per la definizione degli obiettivi assistenziali. Qualora nei Servizi di II livello non siano presenti specialisti pediatri diabetologi, i diabetici di prima insorgenza in età pediatrica vengono inviati al Centro Regionale di Riferimento per la Diabetologia Pediatrica.							
Trattamento	Educazione (secondo il progetto Regionale "Educazione alla salute per pazienti portatori di patologie a decorso cronic-degenerativo"). <table border="0" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="text-align: center;">™ Dieta</td> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td rowspan="3" style="vertical-align: middle;">} entro i target terapeutici</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Terapia ◇ Farmaci orali</td> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">( Insulina</td> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> </tr> </table>	™ Dieta	}	} entro i target terapeutici	Terapia ◇ Farmaci orali	}	( Insulina	}
™ Dieta	}	} entro i target terapeutici						
Terapia ◇ Farmaci orali	}							
( Insulina	}							
Complicanze	Screening    assetto lipidico; funzione Renale; pressione arteriosa; neuropatia somatica; esame piedi; esame F.O.;							

ECG.  
Follow up Secondo i profili di rischio definiti per il singolo paziente che prevedono il tipo di parametri di controllo, la periodicità della valutazione e la soglia al di sopra della quale è richiesto l'intervento del II o III livello.

Assistenza domiciliare integrata secondo i protocolli aziendali.

Gestione dati in formato compatibile con il sistema informativo diabetologico regionale (set minimo di dati, compatibilità dei sistemi informatizzati).

Revisione periodica secondo standards regionali della qualità della assistenza erogata

## **II Livello (Servizi di Diabetologia delle Aziende Sanitarie)**

- Valutazione dello stato di salute (equilibrio metabolico – eventuali complicanze) dei diabetici di nuova diagnosi inviati dal MMG/PLS per la definizione degli obiettivi assistenziali individuali e dei profili di rischio e conseguente comunicazione dei risultati della valutazione al MMG/PLS;
- Valutazione periodica (con periodicità variabile in relazione alle indicazioni cliniche) dei soggetti già diagnosticati per la ridefinizione degli obiettivi assistenziali individuali e dei profili di rischio e conseguente comunicazione dei risultati al MMG/PLS;
- Trattamento e follow up dei pazienti che non riescano a raggiungere gli obiettivi assistenziali individuali predefiniti e superino i valori soglia dei profili di rischio sia relativamente al controllo metabolico che alla evoluzione delle complicanze. Il Servizio viene attivato dal MMG/PLS e rimane attivo per tutto il periodo necessario alla stabilizzazione delle condizioni cliniche. Il MMG/PLS viene puntualmente informato della evoluzione del quadro clinico per la gestione integrata del caso.
- Educazione: secondo le indicazioni del Progetto Regionale “Educazione alla salute per pazienti portatori di patologie a decorso cronico-degenerativo”.
- Attività di consulenza diabetologica nelle strutture ospedaliere od extra-ospedaliere a seconda dei protocolli Aziendali (organizzazione dipartimentale – Assistenza domiciliare integrata).
- Assistenza alla donna diabetica in gravidanza o con Diabete Gestazionale in collaborazione con gli specialisti ostetrici ed i Consulenti.
- Gestione dati in formato compatibile con il sistema informativo diabetologico Regionale (set minimo di dati, compatibilità dei sistemi informatizzati).
- Revisione periodica secondo standards regionali della qualità dell'assistenza erogata.

## **III Livello Aziende ospedaliere di Perugia e Terni**

Ambedue le aziende ospedaliere sono chiamate a svolgere, almeno entro il periodo di vigenza del Piano e in base al dimostrato raggiungimento di definiti standard qualitativi, attività di terzo livello:

- Inquadramento diagnostico di casi di difficile definizione sia relativamente alla malattia diabetica che ai disordini metabolici correlati o associati.
- Trattamento e follow-up dei pazienti instabili o con gravi complicanze che non riescano a raggiungere gli obiettivi assistenziali individuali predefiniti e superino i valori soglia dei profili di rischio nonostante l'intervento del II livello assistenziale. Il Servizio viene attivato dal MMG/PLS e rimane attivo per tutto il periodo necessario alla

stabilizzazione delle condizioni cliniche. Il MMG/PLS viene puntualmente informato dell'evoluzione del quadro clinico per la gestione integrata del caso.

- Educazione: secondo le indicazioni del Progetto Regionale "Educazione alla salute per pazienti portatori di patologie a decorso cronico-degenerativo".
- Assistenza alla donna con diabete gestazionale o pregestazionale in corso di gravidanza ad alto rischio.
- Gestione delle metodologie avanzate di terapia insulinica.

### ***Centro Regionale di Riferimento per la Malattia Diabetica***

Il Centro Regionale di Riferimento per la Malattia Diabetica ha sede presso il Dipartimento di Medicina Interna e Scienze Endocrine e Metaboliche dell'Università di Perugia ed è parte integrante del Piano di intervento regionale nell'ambito del quale garantisce:

- il mantenimento del Registro Regionale per il Diabete di Tipo 1;
- la promozione, coordinamento e supporto ad iniziative Regionali relative a:
  - a) Rilevazione epidemiologica del Diabete e delle sue complicanze.
  - b) Programmi di valutazione prospettica del Diabete e delle sue complicanze in relazione ai modelli terapeutici ed assistenziali applicati.
  - c) Revisione periodica delle linee guida e dei protocolli operativi regionali in ambito diabetologico.
  - d) Interoperabilità dei sistemi informativi.
  - e) Standardizzazione delle metodologie per lo sviluppo della qualità.
  - f) Progetti di ricerca finalizzati.
- Lo svolgimento delle attività del Progetto di intervento per la lotta contro le malattie a decorso cronico degenerativo per quanto di competenza secondo la DGR 1851 del 23.11.1998;
- Lo svolgimento delle funzioni di Centro di Riferimento OCTS per il trapianto di pancreas e di insule;
- La promozione dei rapporti con istituzioni internazionali quali la Organizzazione Mondiale della Sanità, l'Unione Europea, la International Diabetes Federation e la European Association for the Study of Diabetes per progetti regionali di collaborazione con i paesi in via di sviluppo, per progetti europei di ricerca finalizzata (5<sup>th</sup> Framework), per la applicazione sul territorio regionale della Dichiarazione di St. Vincent (SVD) in collaborazione con i Gruppi di lavoro SVD Action Programme, per la definizione delle linee guida e degli standard assistenziali regionali.

### ***Centro Regionale di Riferimento per la Diabetologia Pediatrica***

Il Centro Regionale di Riferimento per la Diabetologia Pediatrica ha sede presso la Clinica Pediatrica dell'Università di Perugia e garantisce:

- la disponibilità di competenze specialistiche di diabetologia pediatrica per tutti i soggetti affetti da diabete mellito in età pediatrica nella Regione Umbria;
- la disponibilità per una assistenza specialistica decentrata presso quelle Aziende Sanitarie del territorio regionale che ne siano sprovviste e ne facciano richiesta;
- la organizzazione periodica di campi scuola per bambini diabetici;
- la partecipazione al Progetto di intervento per la lotta contro le malattie a decorso cronico-degenerativo.

Il Centro Regionale di Riferimento per la Diabetologia Pediatrica partecipa per quanto di propria competenza alle attività del Centro Regionale di Riferimento per la malattia diabetica.

### ***Il supporto all'attività programmatica e valutativa del SSR***

L'attività programmatica e valutativa del SSR ha bisogno, anche in questo ambito specifico, di supporti esperti, nel duplice senso dell'esperienza acquisita da chi cura la malattia diabetica e ne viene curato.

Nella prima direzione si tratta di valorizzare le relevantissime competenze professionali presenti nel DIMISEN e più in generale nel mondo dei servizi specialistici (che abbiamo visto essere chiamati tutti ad operare nel triennio un salto di qualità) rivolti a tale patologia.

Nella seconda direzione si tratta di non disperdere la profonda conoscenza pratica che dei Servizi hanno le associazioni del volontariato di settore e quelle dedite alla rappresentanza più generale della salute dei cittadini, per integrare sia le valutazioni di qualità percepita che quelle relative all'appropriatezza, all'accessibilità e alla percorribilità del sistema delle cure sopra definito.

### ***Gruppo di studio regionale permanente sulla malattia diabetica***

Al fine di rendere possibili programmi di ricerca finalizzata su base Regionale aventi lo scopo di valutare la consistenza del diabete e dei fattori di rischio sia per lo sviluppo della malattia che delle sue complicanze ed al fine di promuovere in Umbria la realizzazione di studi prospettici di popolazione che possono avere una rilevanza sia per la malattia diabetica che per altre patologie cronico degenerative ad esse associate quali aterosclerosi, cerebro e cardiovascolopatie, nefropatie etc., viene istituito un Gruppo di Studio Regionale Permanente per la Malattia Diabetica.

Il Gruppo di Studio è formato dai responsabili per le attività diabetologiche nelle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere dell'Umbria, dai rappresentanti dei centri Regionali di Riferimento, dai rappresentanti dei Medici di Medicina Generale e dai rappresentanti dell'Assessorato alla Sanità; esso ha la funzione di individuare le possibili aree di interesse e di formulare proposte operative per progetti di ricerca finalizzati, e di valutarne ed assicurarne la fattibilità.

Il Gruppo di Studio, inoltre è parte integrante del processo di definizione ed aggiornamento periodico delle Linee Guida e dei protocolli operativi Regionali in ambito diabetologico.

### ***Comitato consultivo misto sulla malattia diabetica***

Viene istituito, previa la partecipazione delle associazioni di volontariato di settore e per la rappresentanza del diritto alla salute dei cittadini, dell'Assessorato regionale alla Sanità e di rappresentanti del Gruppo regionale permanente sulla malattia diabetica, il Comitato consultivo misto sulla malattia diabetica, che ha il compito di integrare valutazioni di appropriatezza, accessibilità e qualità percepita dell'assistenza diabetologica in Umbria.

### ***Linee di indirizzo per la Ricerca Finalizzata***

Di seguito vengono definiti gli ambiti applicativi per la ricerca finalizzata nel triennio di Piano:

- ❖ Studi epidemiologici per la identificazione dei fattori di rischio per lo sviluppo del Diabete di Tipo 2 nella popolazione Umbria;

- ❖ Studi prospettici per la valutazione dell'efficacia di programmi intensivi di intervento sui fattori comportamentali quale esercizio fisico ed alimentazione sulla sindrome plurimetabolica ed il rischio di mortalità cardiovascolare;
- ❖ Prevenzione del Diabete di Tipo 1 mediante identificazione dei soggetti a rischio, tipizzazione immunologica, intervento di immunoprevenzione;
- ❖ Studi prospettici per la valutazione dell'effetto di modelli terapeutici diversificati sulla evoluzione delle complicanze della malattia diabetica;
- ❖ Modelli assistenziali per la gravidanza complicata da diabete.
- ❖ Prevenzione e cura del piede diabetico.
- ❖ Pianificazione ed applicazione di un sistema Regionale di sviluppo della qualità in diabetologia: Metodologie – Indicatori – Sistema informativo – Metodologie operative di implementazione.
- ❖ Sviluppo e/o valutazione di sistemi avanzati di terapia insulinica sostitutiva: nuove insuline, nuove vie di somministrazione, sistemi automatici di erogazione insulinica, trapianto di insuline pancreatiche.

#### 5.1.3.4 I tempi per la verifica del progetto nel triennio 1999-2001

<i>Azioni previste</i>	<i>Tempi di realizzazione</i>		
	<i>Anno 1</i>	<i>Anno 2</i>	<i>Anno 3</i>
Selezione linee guida	_____		
Definizione protocolli diagnostici - Assistenziali (profili di rischio - targets)	_____		
Definizione modelli di comunicazione (set minimo di dati - messaging)	_____		
Training su protocolli e modelli di comunicazione	_____		
Implementazione modello assistenziale integrato		_____	
Sviluppo sistema informativo integrato	_____		
Implementazione sistema informativo integrato		_____	
Programma Regionale di Educazione: I fase	_____		
II fase		_____	
Programma a regime		_____	
Applicazione protocolli diagnostici assistenziali: progetto pilota I	_____		
Applicazione protocolli diagnostici assistenziali: progetto pilota II		_____	
Applicazione protocolli diagnostici assistenziali: Programma a regime		_____	
Sviluppo della qualità:			
Individuazione metodologia	_____		
Training e fase pilota I	_____		
fase pilota II		_____	
Programma a regime		_____	
Ricerca Finalizzata: Selezione Progetti	_____		
Progetti a regime	_____		

## **5.1.4 Programma regionale sangue**

Il Programma Regionale Sangue, sulla base dei problemi emersi dalla ricognizione di quanto finora realizzato:

- E) esplicita le finalità generali assunte come filo conduttore della propria progettualità;
- F) definisce conseguentemente gli obiettivi del triennio;
- G) descrive l'organizzazione ed i ruoli che le strutture trasfusionali sono chiamate a svolgere;
- H) puntualizza il ruolo delle Unità di raccolta;
- I) valorizza l'apporto del volontariato;
- J) apre spazi di collaborazione con le Forze Armate.

### **5.1.4.1 Finalità**

#### **Il Piano regionale sangue:**

si propone di garantire ai cittadini la fornitura di servizi di medicina trasfusionale di qualità e quantità conformi alle più attuali innovazioni della scienza e della tecnica ed omogenee su tutto il territorio regionale:

- attua quanto previsto dalla Legge n. 107/90, dal D.P.R. 7 aprile 1994 e dai successivi Decreti del Ministero della Sanità, tenendo conto del riassetto del Servizio Sanitario Regionale che con la L.R. n. 1/95 istituisce le Aziende Ospedaliere e le Aziende Sanitarie (U.S.L.);
- valuta il Sistema Trasfusionale Regionale (S.T.R.) quale entità regionale non frazionabile;
- prevede la partecipazione delle Associazioni di Volontariato alle attività regionali di programmazione, organizzazione e verifica del S.T.R. ai sensi della normativa vigente.

### **5.1.4.2 Obiettivi**

Per il triennio 1999-2001 il PSR assume i seguenti obiettivi:

- a) definire la tipologia, il numero e l'ambito territoriale delle strutture trasfusionali;
- b) garantire il coordinamento del S.T.R. utilizzando le competenze del Centro Regionale di Coordinamento e Compensazione (CRCC);
- c) raggiungere nel triennio la completa autosufficienza regionale di plasmaderivati attraverso la trasformazione industriale del plasma raccolto presso tutte le strutture trasfusionali della Regione;
- d) promuovere la donazione mediante citoferesi e plasmaferesi;
- e) favorire presso tutte le strutture trasfusionali l'incremento della separazione in emocomponenti del sangue raccolto;
- f) ridurre il rischio trasfusionale in base alle conoscenze scientifiche;
- g) definire ed aggiornare il protocollo integrativo di accertamento della idoneità del donatore di sangue;

- h) collegare, mediante sistema informatico, tutte le unità di raccolta fisse con i SIT di riferimento, e questi con il CRCC, le strutture regionali competenti per l'attuazione del Programma Regionale Sangue, al fine di verificare in tempo reale le disponibilità e far fronte alle urgenze ed emergenze;
- i) programmare ed attuare progetti di ricerca, formazione ed aggiornamento di medicina trasfusionale, che prevedano anche corsi per operatori dei Servizi Trasfusionali che utilizzano sangue, emocomponenti e plasmaderivati e per i donatori volontari e periodici;
- l) programmare ed attuare, di concerto con le Associazioni di Volontariato, campagne informative mirate agli specifici bisogni locali, ivi comprendendo l'allestimento di materiale promozionale ed informativo.

#### **5.1.4.3 Strutture Trasfusionali**

- 1) Per quanto stabilito dalla legge n. 107/90 e dal D.P.R. 7 aprile 1994 per il triennio 1999-2001, vengono riconosciute nel territorio le seguenti strutture trasfusionali:
  - a) Centro Regionale di Coordinamento e Compensazione (CRCC);
  - b) Servizi di Immunoematologia e Trasfusionale (SIT);
  - c) Centri Trasfusionali (CT);
  - d) Unità di Raccolta Fisse (UR).
- 2) I criteri per la individuazione delle varie strutture trasfusionali sono i seguenti:
  - a) almeno un SIT per provincia;
  - b) sono SIT le seguenti strutture delle Aziende Ospedaliere e Sanitarie:
    - Perugia (Az. Osp.)
    - Terni (Az. Osp.)
    - Foligno/Spoleto (USL 3)
    - Città di Castello (USL 1)
  - c) sono CT le strutture complementari da autorizzare per particolari esigenze di strutture ospedaliere che siano dotate di reparti di terapia intensiva;
  - d) le UR sono solo fisse e dislocate presso strutture ospedaliere periferiche, per la massima tutela del donatore.

#### **5.1.4.4 Unità di Raccolta**

- 1) Gli attuali Centri di Raccolta Sangue assumono la denominazione di unità di raccolta, sono fisse e svolgono le funzioni di cui all'art. 7 della legge 107/90.
- 2) Al fine di realizzare una migliore prevenzione della trasmissione di infezioni da emocomponenti, per meglio tutelare la salute del donatore, le unità mobili non potranno essere adibite alla raccolta.
- 3) Le UR sono gestite dalle USL competenti per territorio.



- 4) Le UR debbono avere un medico responsabile nel rispetto della legge 107/90 e relativi Decreti del Ministero della Sanità e fanno riferimento sotto il profilo tecnico - organizzativo al SIT di competenza.

#### **5.1.4.5 Il Volontariato**

- a) Ai sensi della L.R. n. 10/85 e n. 15/94 la Regione riconosce il ruolo determinante del Volontariato, rappresentato dalle Associazioni dei Donatori Volontari e Periodici di sangue, con particolare riferimento all'A.V.I.S.
- b) La Regione approva uno schema tipo di convenzione, definito in accordo con le Associazioni di Volontariato, che le singole Aziende sanitarie adotteranno per regolare i rapporti con le stesse Associazioni.
- c) La Regione promuove e sostiene iniziative per lo sviluppo del Volontariato associativo, assicurandone l'autonomia di programmazione e di gestione.
- d) La Regione realizza e attua con le Associazioni di Volontariato quanto previsto dal D.M. Sanità del 1° settembre 1995 "Linee guida per lo svolgimento di attività mirate di informazione e promozione della donazione di sangue nelle regioni che non hanno conseguito l'autosufficienza" e in particolare:
- sensibilizzazione dell'opinione sul valore umano della donazione di sangue ed emocomponenti volontaria periodica, anonima, gratuita e responsabile;
  - promozione dell'informazione sulle varie tecniche di donazione;
  - promozione di campagne indirizzate ad ottenere l'incremento numerico dei donatori volontari e periodici.

#### **5.1.4.6 Forze Armate**

- a) La Giunta Regionale promuove forme di collaborazione con le Istituzioni Militari presenti nel territorio per la sensibilizzazione dei militari al problema della donazione di sangue, specie in occasione di eventi calamitosi.
- b) Il S.T.R. si rende disponibile per attività congiunte di informazione dei militari sulla trasmissione di malattie infettive, sulla donazione di sangue e sulla medicina trasfusionale.

#### **5.1.5 Progetto trapianti**

Il PSR, per il triennio 1999-2001 assume, oltre alla riconferma delle linee di lavoro precedentemente definite in materia, due impegni prioritari:

- *l'attuazione dell'accordo interregionale per il coordinamento delle attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti di cui fa proprio l'atto deliberativo (DGR 5447 del 21/9/98);*
- *l'istituzione in tutte le aziende sanitarie locali ed ospedaliere di un Coordinatore per le attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti, che operano sulla base di un preciso regolamento.*

NB: La approvazione da parte del Parlamento di una legge disciplinante la materia, fondata sul principio del silenzio-assenso, appare allo stato dei fatti molto probabile. Il documento che segue appare coerente con le prospettive delineate dalla normativa nazionale in via di approvazione.

### **5.1.5.1 Accordo interregionale per il coordinamento della attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti.**

Con DGR n. 5447 del 21/9/98 è stato approvato l'Accordo tra le Regioni Abruzzo, Basilicata, Calabria, Lazio, Umbria, Sardegna per il coordinamento delle attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti.

L'accordo fa riferimento al mandato definito con la legge n. 644 del 2.12.1975 e il relativo regolamento d'esecuzione D.P.R. n. 409/77 - che disciplinano l'attività di prelievo e trapianto per uso terapeutico e con l'atto di intesa tra Stato e Regioni per la definizione del Piano sanitario nazionale relativo al triennio 1994-1996, che determina i compiti dei centri di coordinamento interregionale, risultanti dall'aggregazione spontanea di più regioni e preposti all'attività di coordinamento interregionale.

Sulla base degli orientamenti contenuti in quella che all'epoca della stipulazione dell'accordo era la proposta di Piano sanitario nazionale 1998-2000 ed in particolare gli obiettivi e le azioni previste in tema di trapianti, le Regioni in questione hanno convenuto sull'opportunità di coordinare le proprie iniziative nel settore per favorire lo sviluppo e la qualificazione delle attività di prelievo e trapianto svolte nei rispettivi territori.

A tal fine hanno stipulato un accordo di collaborazione impegnandosi ad operare congiuntamente per conseguire i seguenti obiettivi comuni:

- 1) incrementare il numero dei prelievi e dei trapianti di organi e tessuti;
- 2) favorire il completo e ottimale utilizzo degli organi prelevati;
- 3) consentire il miglior impiego delle potenzialità delle strutture operative.

Per la realizzazione di tali obiettivi, le Regioni hanno concordato di:

- collaborare nell'attuazione di politiche d'intervento per la promozione dei prelievi di organi da cadavere mediante la formazione e l'aggiornamento degli operatori e la sensibilizzazione della popolazione;
- indirizzare l'attività delle proprie strutture tecniche in ordine alla individuazione di criteri omogenei per:
  - a) la formazione delle liste d'attesa per il trapianto;
  - b) l'individuazione del ricevente idoneo;
  - c) la determinazione delle priorità per l'assegnazione degli organi disponibili;
- stabilire una rete di comunicazione compatibile tra i rispettivi centri regionali di riferimento istituiti ai sensi della legge n. 644 del 2.12.1975 e del relativo regolamento di esecuzione D.P.R. n. 409 del 16.6.1977, dando atto che la Regione Abruzzo è già convenzionata con la Regione Molise per l'istituzione a L'Aquila del Centro interregionale di riferimento per i trapianti per le Regioni Abruzzo e Molise;
- garantire il necessario coordinamento operativo tra i propri programmi di prelievo e trapianto e gli altri programmi nazionali ed esteri.

In relazione a questa ultima esigenza, le Regioni hanno convenuto che le funzioni di Centro interregionale di riferimento per gli scopi e le finalità suesposte, di seguito indicato "Coordinamento Interregionale", vengano assicurate, a rotazione triennale con facoltà di rinnovo, da uno dei Centri regionali di riferimento, fermo restando l'autonomia operativa di ogni Centro nell'ambito del proprio territorio regionale.

È stato altresì istituito un Comitato di Coordinamento composto dagli Assessori regionali alla Sanità, dai funzionari delle Regioni preposti ai programmi di prelievo e trapianto, dai responsabili dei Centri regionali di riferimento e da due esperti del settore dei trapianti, nominati dal Comitato di Coordinamento una volta istituito.

Il Comitato ha il compito di sovrintendere all'applicazione dell'accordo e, in particolare:

- concordare le iniziative da promuovere per la sensibilizzazione della popolazione sulla donazione degli organi e tessuti e per la formazione degli operatori;
- valutare la rispondenza dei protocolli operativi definiti in sede tecnica ai criteri di equità nella collocazione degli organi prelevati e nell'accesso dei pazienti al trapianto, nonché alle esigenze di funzionalità ed efficienza delle strutture di trapianto;
- verificare il funzionamento della rete collaborativa interregionale e individuare le priorità di intervento per migliorare la sua operatività;
- assicurare i rapporti a livello istituzionale con gli altri programmi interregionali ed esteri di prelievo e trapianto;
- proporre ai competenti organi regionali l'estensione dell'accordo di collaborazione ad altre Regioni che siano interessate a parteciparvi;
- favorire la partecipazione delle Associazioni dei pazienti e dei donatori di organi che operano nel territorio delle Regioni anche mediante incontri periodici con i loro rappresentanti.

### **5.1.5.2 Coordinatore aziendale per attività di prelievo di organi e tessuti.**

Alla luce di quanto sopraccitato, la Regione dell'Umbria, per far fronte in modo omogeneo agli impegni assunti ha istituito la figura del Coordinatore aziendale per le attività di prelievo di organi e tessuti, che opera sulla base di una definita cornice operativa e programmatica.

Il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera o Sanitaria Locale definisce annualmente i programmi di sviluppo di prelievo di organi e tessuti, sulla base dei dati forniti dal Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti.

In ogni Azienda Ospedaliera o Sanitaria Locale della Regione Umbria il Direttore Generale nomina un Coordinatore per attività di prelievo di organi e tessuti, individuato preferibilmente tra i medici in servizio presso ciascuna Rianimazione.

Il Coordinatore aziendale opera in stretto collegamento con il Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti di Organi al fine di ottimizzare le possibilità di donazione di organi.

In particolare il Coordinatore provvede a:

- a) effettuare il monitoraggio continuo della attività assistenziale di rianimazione segnalando la presenza di tutti i potenziali donatori al Centro Regionale di Riferimento Trapianti;
- b) favorire il miglioramento dell'organizzazione locale dell'attività di prelievo, sensibilizzando in tal senso tutto il personale sanitario;
- c) coordinare, in collaborazione o su delega della Direzione Sanitaria e con il Centro Regionale di Riferimento Trapianti, le varie fasi operative delle attività di prelievo;
- d) compilare, su indicazione della Direzione Sanitaria, il registro locale dei cerebrolesi deceduti, dei donatori segnalati al Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti, dei prelievi effettuati e delle cause che abbiano eventualmente impedito l'effettuazione dei prelievi;
- e) tenere i rapporti con le famiglie dei Donatori;
- f) promuovere e gestire tutte le iniziative volte a migliorare l'attività di prelievo, ivi compresi i relativi atti burocratici;
- g) organizzare incontri di promozione negli ospedali, nelle scuole ed in altre istituzioni, in collaborazione con le Associazioni di volontariato pertinenti e con il Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti.

Il Coordinatore locale può essere coadiuvato da altri Operatori Sanitari individuati dal Responsabile del Servizio di Rianimazione.

I responsabili dei Servizi di Rianimazione ed i Coordinatori aziendali dei prelievi entrano a far parte del Comitato di Gestione del Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti di Organi e Tessuti. I componenti del Comitato di Gestione del Centro Regionale di Riferimento nominano il

Coordinatore Regionale per i prelievi di organi, individuandolo tra i responsabili dei Servizi di Rianimazione.

In ciascuna azienda, il responsabile del Servizio di Anestesia e Rianimazione ed il Coordinatore aziendale, qualora sia ricoverato un paziente cui si riconosca la condizione di potenziale donatore di organi, ne danno immediata comunicazione alla Direzione Sanitaria locale ed al Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti, provvedendo all'invio di campioni biologici del donatore allo stesso Centro Regionale di Riferimento per la ricerca dei caratteri immunogenetici e per i rilievi sierologici di legge, secondo modalità predefinite.

L'attività di prelievo e trapianto deve essere assicurata in maniera continuativa 24/24 h. per l'intero anno.

Le Aziende Ospedaliere o Sanitarie Locali tenute ad effettuare prelievi di organi che non siano nelle condizioni di attivare il Collegio medico-legale per l'accertamento di morte a causa della indisponibilità (anche temporanea) di una o più figure professionali necessarie a comporlo, possono richiedere al Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti l'attivazione dell'équipe mobile presente presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia anche per i prelievi di organi, per le figure professionali necessarie.

Il Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti di Organi coordina, d'intesa con la Direzione Sanitaria, le attività di prelievo per i differenti organi e tessuti, nonché le modalità e i tempi per il trasporto delle équipe chirurgiche e degli organi e tessuti prelevati nell'Ospedale in cui è presente il donatore.

### **5.1.6 Progetto farmaci**

Nel triennio 1999-2001 Gli interventi rivolti alla razionalizzazione e alla ottimizzazione dell'assistenza farmaceutica saranno rivolti a:

- monitoraggio dei consumi farmaceutici;
- formazione in servizio / aggiornamento degli operatori;
- contenimento della spesa farmaceutica;
- ricerca;
- ampliamento dell'offerta dei servizi da parte delle farmacie convenzionate con il SSN.

#### **5.1.6.1 Monitoraggio dei consumi farmaceutici**

Il sistema di monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche del territorio nonché dei consumi ospedalieri è gestito dalla Regione e dalle Aziende Usl con un programma messo a disposizione dall'Istituto Superiore di Sanità denominato Videofar e Videofar Hosp. Il monitoraggio, coordinato dalla Regione, è una competenza dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie.

Si tratta di un sistema a regime che, sulla base di valutazioni degli esperti del settore, risponde pienamente alle esigenze sanitarie e amministrative e viene utilizzato al pieno delle sue possibilità. L'esistenza della Banca Dati Regionale delle prescrizioni farmaceutiche consente altresì di effettuare studi di farmaco-utilizzazione "ad hoc" e di farmacoepidemiologia.

### **5.1.6.1.1 Banca dati delle prescrizioni farmaceutiche**

Presso l'Assessorato alla Sanità della Regione è esistente la banca dati delle prescrizioni farmaceutiche effettuate dal 1993 ad oggi, inviate mensilmente alla Regione, su supporto magnetico, da tutte le farmacie dell'Umbria.

I dati archiviati sono quelli desumibili dalle ricette a carico del SSN e riportano quindi, tra l'altro, anche il codice dell'assistito.

Ciò consente l'utilizzo dei dati di prescrizione per fini epidemiologici, anche attraverso l'incrocio con altre banche dati esistenti in Regione, come per esempio quelli relativi ai ricoveri ospedalieri.

Su questa base sono stati condotti, in collaborazione con altri Enti, molti studi, tra i quali citiamo ad esempio:

- lo studio effettuato in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, al fine di determinare quanti ricoveri ospedalieri per ulcera gastrica fossero legati all'uso di antinfiammatori non steroidei.
- l'elaborazione dei dati di prescrizione dell'ossigeno terapeutico, utilizzando il codice dell'assistito, per individuare il numero dei malati di insufficienza respiratoria nella nostra Regione, ai fini dell'istituzione di un Pronto Soccorso presso la Pneumologia del Silvestrini;
- stime sull'epidemiologia del diabete mellito basate sull'utilizzo dei dati di prescrizione dei farmaci antidiabetici (insuline e antidiabetici orali).

### **5.1.6.1.2. Programma Videofar**

Un estratto dei dati di prescrizione viene utilizzato per il monitoraggio ordinario dei consumi farmaceutici, attraverso un programma denominato VIDEOFAR REGIONE. Il programma, realizzato dal Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'Istituto Superiore di Sanità, nell'ambito della Convenzione con la Regione dell'Umbria, consente l'analisi dei consumi farmaceutici su tutto il territorio regionale, suddivisi per ogni singola Usl.

Analogo sistema di controllo, denominato VIDEOFAR USL, consente ai Servizi Farmaceutici aziendali di monitorare le prescrizioni effettuate da ogni singolo medico. Incrociando i dati di VIDEOFAR USL con quelli forniti trimestralmente dalla Regione i Servizi Farmaceutici sono in grado di raffrontare l'andamento prescrittivo della propria Usl con le altre ed adottare così eventuali provvedimenti correttivi. Con questo programma è possibile avere un quadro generale delle prescrizioni farmaceutiche attraverso i principali indicatori di prescrizione, quali il numero di pezzi prescritti per abitante, la spesa per abitante, il costo per confezione ecc. E' possibile ricavare anche l'età media della popolazione per singole Usl, al fine di consentire una valutazione più organica dei consumi farmaceutici.

Per quanto riguarda l'analisi delle sostanze farmaceutiche il programma consente di effettuare la graduatoria dei farmaci più prescritti, ordinati sia per spesa (ranghi di spesa) che per numero di pezzi (ranghi) in ogni singola Usl.

Il programma VIDEOFAR consente inoltre di classificare la prescrizione dei farmaci per gruppo terapeutico (classificazione ATC) fornendone la relativa spesa, il numero di pezzi prescritti e le DDD/1000 abitanti.

La DDD (Dose Definita Die) è il dosaggio medio nelle 24 ore quando il farmaco è impiegato per la sua indicazione principale ed equivale in sostanza al numero di giornate di trattamento al giorno.

In sostanza ci permette di avere un quadro approssimativo di quanti assistiti ogni 1000 sono esposti ogni giorno al farmaco cui la DDD si riferisce.

Essendo un'unità di misura svincolata dal costo e dalle diverse formulazioni commerciali, consente confronti omogenei tra le diverse realtà territoriali nazionali ed internazionali.

I dati ottenibili dal programma VIDEOFAR si affiancano a quelli elaborati dal Settore Economia e Finanza, desunti dalle Distinte Contabili Riepilogative inviate mensilmente alle Usl e alla Regione dalle farmacie convenzionate.

### **5.1.6.2 Formazione in servizio / aggiornamento degli operatori.**

Le iniziative di formazione in campo farmaceutico sono già state attivate in alcune Usl negli anni scorsi; alla luce dell'esperienza condotta, è opportuno attivare interventi formativi tramite:

- a) corsi di aggiornamento continuo, a cadenza mensile, su argomenti di diretto interesse dei medici di medicina generale ed ospedalieri, meglio se derivanti dalla valutazione dei dati di monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche;
- b) coinvolgimento dei farmacisti convenzionati con il SSN per attuare l'informazione al cittadino sul corretto uso del farmaco, così come previsto nell'Accordo Collettivo Nazionale per la Disciplina dei Rapporti con le Farmacie;
- c) attivazione di corsi di perfezionamento post-laurea per gli operatori del SSN, in collaborazione con l'Università e gli Ordini Professionali (sono già stati effettuati due corsi sulla Farmacoeconomia).

### **5.1.6.3. Misure per il contenimento della spesa farmaceutica**

Il sistema di monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche consente l'individuazione dei casi di iperprescrizione o di prescrizione difforme dalle note previste dalla Commissione Unica del Farmaco o comunque dei motivi che possono concorrere ad uno "sfondamento" della spesa farmaceutica.

Le Aziende Usl sono chiamate ad attuare provvedimenti correttivi nei confronti dei medici prescrittori, qualora sia dimostrata l'incongruità della prescrizione.

E' comunque da perseguire l'obiettivo di razionalizzare la spesa e i consumi farmaceutici, anche attraverso il ricorso a specifici protocolli d'intesa con i medici di Medicina Generale, sulla base delle opportunità offerte dagli accordi già raggiunti in sede di trattativa regionale (Capo VI del D.P.R. n. 484/96) che di più ampi margini di intervento che la Regione Umbria sta puntando ad ottenere con la sua partecipazione al tavolo nazionale per il rinnovo della convenzione con i medici di base..

Sempre sul terreno della razionalizzazione delle spese si punterà a consolidare la pratica delle gare centralizzate per l'acquisto di farmaci e presidi medici per le esigenze del SSR, sulla base di un'attenta valutazione del rapporto costo/efficacia e/o costo/terapia, che permette di ridurre i costi legati alla replicazione delle gare europee in ciascuna azienda sanitaria.

#### **5.1.6.4. Attività di ricerca**

Riguardo alle attività di ricerca in campo farmacologico si forniscono le seguenti indicazioni:

- a) per la ricerca clinica controllata sono state create le condizioni culturali e normative mediante l'istituzione del Comitato Etico delle Aziende Sanitarie della Regione che rende di fatto possibile l'esecuzione di numerose sperimentazioni cliniche nazionali ed internazionali nella nostra Regione;
- b) per la ricerca "ad hoc": il monitoraggio delle prescrizioni consente di individuare problemi e formulare proposte d'indagine sull'uso corretto (o abuso) di categorie o singoli farmaci che, previa approvazione della Sezione farmaci del Consiglio Tecnico Regionale di Sanità, vanno incentivate tramite i fondi regionali.

#### **5.1.6.5 Ampliamento dei servizi svolti dalle farmacie convenzionate con il SSN**

L'Accordo Collettivo Nazionale per la Disciplina dei Rapporti con le Farmacie individua all'art. 2 modalità differenziate di erogazione delle prestazioni finalizzate al miglioramento dell'assistenza.

In particolare, le Regioni, previa la stipula di appositi accordi con le organizzazioni di categoria, si avvalgono delle farmacie aperte al pubblico per lo svolgimento dei seguenti servizi:

- 1) qualificare e razionalizzare il servizio reso dalle farmacie convenzionate;
- 2) attuare l'informazione al cittadino (prevenzione, educazione sanitaria);
- 3) attuare le prenotazioni di prestazioni specialistiche per via informatica (CUP);
- 4) monitorare i consumi farmaceutici anche ai fini di indagini di farmacovigilanza;
- 5) erogare ausili, presidi e prodotti dietetici utilizzando in via prioritaria il canale distributivo delle farmacie a condizione che i costi e la qualità delle prestazioni rese al cittadino siano complessivamente competitivi con quelli delle strutture delle Aziende Usl;
- 6) attuare l'integrazione della farmacia con le strutture socio sanitarie deputate alla effettuazione dell'assistenza domiciliare.

### **5.1.7. Attuazione della carta dei servizi**

#### **5.1.7.1. Introduzione**

Il gruppo di coordinamento e monitoraggio regionale istituito allo scopo di valutare lo stato di attuazione della Carta dei Servizi, in base al confronto avvenuto con i referenti aziendali, definisce le linee guida per la formazione del personale, per la gestione del reclamo e per il coinvolgimento delle Associazioni di volontariato.

Per assicurare una professionalità uniforme, un approccio univoco e una metodologia comune di lavoro si rende necessario predisporre a livello regionale un corso specifico per approfondire e discutere temi riguardanti i principi della qualità e della qualità percepita dagli utenti, rivolto ai referenti aziendali della Carta dei Servizi, ai responsabili degli Uffici Relazioni con il Pubblico (URP) e al personale dei servizi / Uffici Qualità.



La Carta dei Servizi sanitari si pone nel nostro Paese la finalità di produrre effetti di miglioramento della qualità all'interno dei servizi sanitari partendo dalla dimensione della qualità percepita.

Il Servizio Sanitario Italiano delineato dai D.Lgs. 502/92 e 517/93 configura una maggior competitività tra gli erogatori delle prestazioni sanitarie, sia tra *pubblico* e *privato*, sia soprattutto tra le stesse strutture pubbliche.

L'art.14 del D. Lgs. 502/92 sul riordino della disciplina in materia sanitaria, fissa alcuni principi sulla partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini riconfermati dalla Carta dei Servizi sanitari. La norma infatti raggruppa tutti i temi centrali della Carta dei Servizi, individuando nella personalizzazione, nell'umanizzazione, nel diritto all'informazione e nell'andamento dell'attività di prevenzione i principali fattori della qualità dei servizi sanitari.

La stessa norma inoltre tra le altre cose afferma il diritto al reclamo contro gli atti o i comportamenti che negano o limitano la fruibilità delle prestazioni sanitarie fissandone le procedure per la definizione.

Per cui le strategie aziendali devono porsi l'obiettivo di garantire agli utenti che si rivolgono ai servizi il raggiungimento di ciò che hanno bisogno e di ciò che richiedono.

Perciò tutto il personale aziendale, inclusa la dirigenza, deve essere fortemente motivato e interessato a ciò che gli utenti, le loro famiglie e la comunità nel suo insieme pensano dei servizi, di come li percepiscono, quale giudizio esprimono e come diffondono il loro pensiero.

J. Vretveit definisce in questi termini la scarsa qualità: *la scarsa qualità percepita dal cliente è costosa, molto più costosa di alcuni cambiamenti - di solito di piccola portata - necessari per evitare le più comuni cause di insoddisfazione.*

L'Azienda Sanitaria che deve organizzare un sistema di *gestione del reclamo* trasparente, standardizzato ed efficiente, in grado di garantire uniformità di trattamento, riservatezza e soddisfazione dell'utente, integrando la gestione del reclamo in un progetto di miglioramento integrale della qualità dei servizi.

La Carta dei Servizi infatti non solo ha come scopo la tutela dei cittadini, ma mette in risalto anche la loro partecipazione al controllo di qualità del servizio. Pone l'attenzione inoltre sulla produzione e diffusione di *report* periodici relativi allo stato di avanzamento degli indicatori scelti per essere monitorati.

I problemi, dunque, legati alla valutazione della soddisfazione degli utenti sono diversi sia dal punto di vista metodologico sia sulla ricaduta effettiva nel miglioramento continuo della qualità.

Uno dei problemi fondamentali che si presenta a chi deve implementare un progetto per affrontare i temi della qualità e del suo processo di miglioramento riguarda il clima e la cultura (atteggiamenti - conoscenza - stereotipi, ecc.) di coloro che per la prima volta devono intraprendere una riflessione sul tema qualità e che tra l'altro viene vissuto come profonda innovazione. E' chiaro a tutti quanti quali sono gli ostacoli che di solito il personale pone ai cambiamenti, ostacoli che possono essere rimossi solo con una valida, approfondita e costante attività formativa.

La creazione di una cultura della qualità del servizio, diffusa e uniforme, diventa quindi la strategia aziendale per il cambiamento, necessaria per implementare e sostenere un programma di introduzione della Carta dei Servizi nelle Aziende sanitarie, da qui la necessità che la definizione del Piano formativo annuale e la sua attuazione siano demandati al referente aziendale della Carta dei Servizi e al responsabile della formazione.

### **5.1.7.2. Linee guida per la gestione del reclamo**

1. Definire una strategia aziendale per raggiungere le finalità definite nella Sezione Quarta della Carta dei Servizi.

2. Creare in tutte le Aziende sanitarie della Regione l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) come struttura organizzativa responsabile dell'iter procedimentale del reclamo, in stretto collegamento con la Direzione Generale, la Direzione Sanitaria e Amministrativa, nonché con il Servizio / ufficio Qualità.
3. Predisporre le risorse umane, le strutture, i mezzi e le modalità operative necessarie allo svolgimento di tutte le attività dell'URP.
4. Formare tutto il personale responsabile degli URP e dei Servizi / Uffici Qualità delle Aziende sanitarie umbre attraverso un corso che abbia la finalità di omogeneizzare i concetti e principi della qualità percepita e di standardizzare nella Regione la procedura di gestione del reclamo.
5. Definire la gestione del reclamo come parte integrante del progetto di valutazione della soddisfazione dell'utente e individuare lo specifico iter delle seguenti fasi:
  - raccolta del reclamo
  - istruttoria
  - parere sanitario
  - risposta all'utente
  - riesame
6. Implementare l'informazione / comunicazione sulla gestione del reclamo a tutti gli operatori dell'Azienda Sanitaria.
7. Disporre l'analisi qualitativa e quantitativa dei reclami, il trend e la comparazione temporale, ed inviare i report ogni sei mesi alla Direzione Generale e Sanitaria.

### **5.1.7.3. Linee guida per la formazione**

1. Definire una strategia aziendale per la qualità a lungo e medio termine e per l'applicazione della Carta dei Servizi in tutti gli ambiti aziendali.
2. Predisporre le risorse umane, i mezzi e le modalità operative necessarie ad attivare il progetto formativo.
3. Analizzare il fabbisogno formativo (UU.OO.-servizi - n° e tipo di operatori) del personale dell'Azienda Sanitaria in relazione alla propria strategia definita per la qualità e alle indicazioni regionali.
4. Progettare la formazione a piccoli gruppi interprofessionali (25 persone) in base agli obiettivi formativi da raggiungere.
5. Utilizzare il metodo didattico interattivo che coinvolge proficuamente i partecipanti al corso e permetta di:
  - approfondire i concetti generali sulla qualità e quelli specifici sulla qualità percepita;
  - produrre, attraverso il lavoro di piccoli gruppi, progetti di miglioramento della qualità percepita derivanti dall'analisi della Carta dei Servizi e che portino alla completa applicazione degli obiettivi definiti dalla stessa.
6. Definire il progetto formativo - *contenuti* - in modo di conseguire i seguenti risultati:
  - acquisizione e condivisione di una definizione di qualità;
  - costruzione di un proprio concetto di qualità percepita dai clienti;
  - individuazione di strumenti e metodi per misurare la qualità a dimensione cliente;
  - conoscenza della Carta dei Servizi : finalità, obiettivi, indicatori e acquisizione del metodo per la scelta degli indicatori prioritari da monitorare;
  - acquisizione dell'utilizzazione della check list per analizzare i miglioramenti ottenuti con l'applicazione della Carta dei Servizi;
7. Valutare sempre l'attività formativa svolta per raccogliere e diffondere ai partecipanti stessi i suggerimenti da loro proposti.

8. Valutare a distanza l'impatto prodotto dalla formazione sulla attuazione della Carta dei Servizi e individuare i cambiamenti e/o miglioramenti proposti e/o attuati dai singoli operatori e/o da gruppi di professionisti.

#### **5.1.7.4. Linee guida per il coinvolgimento delle associazioni di volontariato**

Definire una strategia aziendale per il coinvolgimento delle Associazioni di Volontariato all'interno delle Aziende sanitarie in termini di presenza e attività svolta.

Creare in tutte le Aziende sanitarie presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, l'elenco delle Associazioni che sono presenti e svolgono le loro attività all'interno delle strutture sanitarie.

Definire con il consenso delle Associazioni un programma di intervento per l'adeguamento delle strutture e dei servizi alle esigenze provenienti dai cittadini.

Predisporre progetti di attività per i volontari nei quali gli interventi non devono mai varcare la soglia di riservatezza del cittadino né interferire con le scelte professionali degli operatori sanitari.

Produrre in ogni Azienda Sanitaria una *Guida al Volontariato* che sia uno strumento di conoscenza e di consultazione per il cittadino e nello stesso tempo consenta alle Associazioni di conoscersi.

## **5.2 ATTI DI INDIRIZZO PROGRAMMATICO GENERALE DA VARARE ENTRO IL 1/9/1999**

Entro tale data saranno elaborati e varati specifici atti di indirizzo programmatico generale sui seguenti temi:

- Prevenzione nei luoghi di lavoro.
- Promozione e tutela della salute materno-infantile.
- Lotta alle nefropatie.
- Promozione e tutela della salute degli immigrati.
- Lotta all'AIDS.
- Promozione e tutela della salute mentale.
- Riduzione del danno da dipendenze.
- Prevenzione, assistenza e riabilitazione delle condizioni di disabilità.
- Lotta alle malattie cardio e cerebrovascolari.
- Promozione e tutela della salute dentale.

Saranno inoltre promulgate linee guida regionali sui seguenti temi:

- infezioni ospedaliere;
- disturbi del comportamento alimentare;
- osteoporosi.

Di seguito vengono riportati gli atti di indirizzo programmatico generale di cui alla DCR 767 del 10 gennaio 2000.

## 5.2.1 PREVENZIONE NEI LUOGHI DI LAVORO

### A) CORNICE

**A.1)** In Umbria gli infortuni e le malattie professionali sono ancora oggi troppo spesso causa di danni alla salute.

Si tratta di un'area della sanità pubblica con una base epidemiologica del tutto inadeguata, fatto che ha costretto sia la programmazione sanitaria nazionale che regionale a definire obiettivi di salute espressi in termini di riduzione della frequenza assoluta dei danni da lavoro.

Nella nostra regione fonti INAIL per gli infortuni avvenuti nel 1998 e denunciati nello stesso anno offrono le seguenti cifre:

- 31 infortuni mortali nel 1998 e altri 10 nei primi 4 mesi del 1999;
- per l'anno 1998 in Umbria, 19.903 casi di infortuni avvenuti e denunciati e 738 malattie professionali.

Il recentissimo rapporto "Prometeo. Atlante della Sanità Italiana 1999" documenta la situazione del settore attraverso il calcolo dei tassi di invalidità per esito (temporanee e permanenti) e per classe di età, determinatesi nel 1996 e definite dall'INAIL entro il 30 giugno 1998, rapportate alla popolazione residente nelle rispettive classi di età.

	Invalidità temporanee				Invalidità permanenti			
	<30 anni	30-49 anni	50 anni e più	Totale	<30 anni	30-49 anni	50 anni e più	Totale
<b>Totale</b>								
<b>Umbria</b>	<b>737,3</b>	<b>1400,0</b>	<b>747,0</b>	<b>2884,3</b>	<b>27,3</b>	<b>78,9</b>	<b>76,4</b>	<b>182,7</b>
Emilia R.	969,7	1358,6	563,3	2891,6	21,3	53,9	48,2	123,4
Marche	791,4	1240,8	786,5	2818,8	21,8	74,3	82,9	179,1
Toscana	624,9	1046,3	483,9	2155,1	14,7	48,3	45,2	108,2
<b>Italia</b>	<b>521,0</b>	<b>819,3</b>	<b>318,2</b>	<b>1658,0</b>	<b>12,5</b>	<b>36,8</b>	<b>28,2</b>	<b>77,6</b>

Dai dati emerge che l'Umbria, come altre regioni del centro Italia, si colloca al di sopra dei valori nazionali, verosimilmente anche per una minore sotto notifica degli infortuni. Inoltre oscillazioni negli indici presentati possono essere dovuti alla particolare composizione del numeratore (che può risentire della diversa efficienza degli uffici INAIL) e della inappropriatazza del denominatore utilizzato.

Bisogna poi considerare che i dati ufficiali non comprendono, soprattutto per le malattie professionali, molte patologie sia tradizionali che emergenti (es. da videoterminali, patologie da posture incongrue, patologie da stress ecc.), difficilmente riconosciute come malattie professionali; anche i tumori professionali sono sicuramente sotto stimati, infatti a fronte del gran numero di sostanze potenzialmente cancerogene utilizzate nelle aziende, vengono riconosciuti pochissimi casi di tumori professionali.

**A.2)** Tali dati, estremamente preoccupanti sulla dimensione dei danni da lavoro, sono il portato di condizioni "vecchie" e di innovazioni e cambiamenti che intervengono nella nostra società e nel

mondo del lavoro, e che comportano modificazioni tanto nelle tipologie dei soggetti esposti a rischio, che nelle modalità stesse di esposizione.

Tra i tanti, ricordiamo:

- la disoccupazione, che spinge ad accettare lavori precari, temporanei e spesso non in regola;
- la crisi economica che induce le aziende a risparmiare sui costi per la prevenzione e del personale, quindi a ridurre gli organici, ad aumentare i ritmi, a praticare il subappalto e a ricorrere al lavoro nero ed a mano d'opera poco esperta o proveniente da altri Paesi;
- l'organizzazione del lavoro, rivoluzionata da un lato dall'ingresso di nuove tecnologie, che consentirebbero relazioni lavorative meno stressanti e patogene e improntata dall'altro lato alla ricerca della massima produttività al costo più basso. Questo può tradursi in ambienti di lavoro non idonei, nell'uso di macchine non sicure, in minore manutenzione, nella non attivazione di procedure di sicurezza, nella non esecuzione di visite mediche preventive e periodiche di adeguata efficacia preventiva e diagnostica;
- l'aumento dell'età media dei lavoratori dovuta all'innalzamento dell'età pensionabile;
- l'ingresso delle donne in alcuni settori e ambiti lavorativi tradizionalmente riservati agli uomini;
- la crescente presenza di lavoratori immigrati con rilevanti concentrazioni nei settori della metallurgia, delle costruzioni e dell'agricoltura.

**A.3)** Quanto all'evoluzione della normativa si tratta di tenere presenti:

a) l'applicazione da quanto previsto dal D.lgs 626/94 e successive integrazioni, con una serie di impegni sul terreno:

- della crescita ed affermazione di una cultura della salute che consenta di affrontare adeguatamente le responsabilità connesse con la valutazione dei rischi da parte datoriale;
- della netta divisione tra i ruoli dei servizi di prevenzione pubblici e degli operatori che vi operano con i ruoli dei servizi aziendali e gli operatori che vi operano;
- della necessità di invertire la tendenza alla marginalizzazione dei lavoratori e dei medici competenti nell'ambito dei processi previsti per l'attivazione ed il funzionamento del "sistema di prevenzione" aziendale;
- della formazione continua degli RLS, chiamati al ruolo estremamente impegnativo di rappresentare i problemi di salute dei lavoratori;
- del supporto organizzativo, formativo e di consulenza alle imprese di minori dimensioni, dove l'applicazione di questa normativa può comportare consistenti problemi dovuti sia ai costi che alle competenze necessarie;
- la validazione delle procedure (in particolare quelle relative alla efficacia preventiva degli esami previsti per i lavoratori esposti a rischio) e l'accreditamento dei servizi e dei professionisti che supportano la valutazione dei rischi, la formazione dei lavoratori o la stessa messa in opera delle misure di prevenzione;
- della piena utilizzazione del Comitato di Coordinamento sulla sicurezza e sulla salute sui luoghi di lavoro di cui al DPCM 5 dicembre 1997, che nel 1998 ha si è attivato soprattutto con interventi sul terreno dell'edilizia e in stretta connessione con la ricostruzione nella fase del dopo terremoto, ma che può diventare una potente risorsa sul terreno delle azioni intersettoriali per la promozione della salute e la prevenzione dei rischi e dei danni da lavoro;

b) la ristrutturazione dei servizi impiantistici successivamente alla riconversione delle risorse allocate negli ex- LESP.

**A.4)** Le problematiche connesse con l'attivazione dei Servizi di prevenzione e protezione delle nostre aziende sanitarie ed ospedaliere sono oggetto di una indagine ad hoc, che fornirà entro la fine del corrente anno una approfondita rappresentazione degli interventi necessari per tutelare la salute dei lavoratori della sanità. Pertanto il presente Atto di indirizzo non affronta questa problematica,

rimandando a successive determinazioni della Giunta Regionale per la definizione dei necessari interventi.

**A.5)** Infine in sede di cornice, vanno ricordate le problematiche create in Umbria dal terremoto del settembre 1997, con la conseguente fase di ricostruzione che sta sottoponendo ad un enorme sforzo di vigilanza e di integrazione funzionale i servizi di prevenzione delle USL.

## **B) PROBLEMI DI SALUTE**

Sono stati individuati, come prioritari per il triennio, i seguenti problemi di salute:

### **B.1) La conoscenza delle esposizioni e dei danni da lavoro**

Per quanto possa sembrare paradossale, dopo anni di estenuante dibattito, ancor oggi le informazioni sulla salute dei lavoratori derivano da sistemi informativi finalizzati a funzioni assicurative e quindi pesantemente inadatti a rilevare la situazione epidemiologica nel campo della salute occupazionale.

Come esempio basti sapere che rispetto ad una stima molto conservativa dei tumori di origine professionale pari al 2-4% di tutti i tumori maligni (circa quattromila casi all'anno a livello nazionale), l'attuale sistema di notifica delle malattie professionali permette di indennizzare meno dell'1% dei casi stimati ed è quindi uno dei sistemi di sorveglianza più insensibili ed aspecifici oggi esistenti.

Oltre ad essere estremamente imprecisi questi sistemi sono inoltre orientati alla sola rilevazione dei danni, il che contrasta con la necessità di intervenire sulle esposizioni, che spesso determinano patologie cronico degenerative.

Per effetto di questa diversa impostazione non disponiamo delle informazioni necessarie per rispondere a domande fondamentali del tipo:

- la situazione epidemiologica nei luoghi di lavoro è oggi migliore o peggiore rispetto al passato;
- quale è l'entità delle esposizioni a rischio e dei danni?
- gli interventi attivati sono efficaci (ed in quale misura), per risolvere i problemi di salute nei luoghi di lavoro?

Un investimento per creare la base epidemiologica atta a rilevare queste fondamentali informazioni è oggi irrinunciabile.

### **B.2) Prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali.**

Nonostante le carenze conoscitive esposte nel paragrafo precedente, i fenomeni rilevabili attraverso le fonti informative oggi esistenti caratterizzano la nostra regione come una di quelle in cui gli infortuni sul lavoro comportano una frequenza di eventi, spesso mortali, drammatica.

La congiuntura specifica delle attività di ricostruzione legate alla fase post terremoto, permette di individuare come problema di salute prioritario nel triennio quello della prevenzione infortunistica nei cantieri edili.

In agricoltura assistiamo ad un alto numero di eventi mortali che però interessano non solo gli operatori del settore, ma anche cittadini che svolgono attività lavorative sussidiarie con attrezzature ed in condizioni tali da creare le basi per gravi incidenti.

Vi sono molteplici segnali relativi ad un uso illegale ed altamente a rischio, di lavoratori immigrati in diverse attività produttive (agricolture, edilizia, etc.) che richiede interventi congiunti con gli ispettorati del lavoro.

Vanno inoltre tenuto conto delle ulteriori criticità che emergono nell'ambito della tutela della salute riproduttiva, per la maggiore presenza delle donne in molteplici attività produttive.

Su un altro versante, l'area impiantistica, dopo la riconversione dei laboratori ingegneristici ed impiantistici dei LESP, necessita di una riorganizzazione che consenta di fornire adeguati supporti alle attività di prevenzione sia negli ambienti di vita che in quelli di lavoro e di una omogeneizzazione dei protocolli di intervento sul territorio regionale.

La legge 626/94, armonizzando la normativa italiana con quella europea, ha previsto una diversa impostazione delle attività di prevenzione dei luoghi di lavoro, che esalta il contributo della parte datoriale, su cui ricadono le principali responsabilità in termini di valutazione ed abbattimento dei rischi. Pertanto, a fianco dei dovuti interventi volti a sviluppare la cultura della salute tra imprenditori e lavoratori è del tutto necessario attivare una azione di rilevazione delle modalità e delle dinamiche della applicazione di tale normativa nella nostra realtà regionale, cogliendo il grado di consapevolezza raggiunto sul nuovo approccio alla prevenzione introdotto dal decreto, utilizzando uno strumento e un metodo omogenei a quelli di altre regioni, in modo da poter effettuare confronti e rilevare aree critiche.

### **B.3) La promozione della salute**

Assumere un approccio globale in tema di salute nei luoghi di lavoro, implica la necessità di prevedere azioni per realizzare i guadagni di salute connessi con le attività di promozione oggi possibili anche in questo settore, assumendo l'intersectorialità come terreno principale di intervento.

In questo ambito sono al centro della nostra attenzione:

- l'attivazione di politiche formative di base concordate con il mondo della scuola, (visto come Ente che promuove la salute) per l'acquisizione da parte degli studenti - soprattutto nelle scuole professionali - di conoscenze ed atteggiamenti che promuovano il lavoro come fattore di benessere e nelle attività di formazione connesse con quanto previsto dalla L. 626/94, dove è urgente intervenire per indirizzare e regolare quanto previsto in tema di sviluppo delle conoscenze dei lavoratori;
- lo sviluppo della cultura della salute in tutta la società umbra, per far sì che la continua innovazione dell'organizzazione del lavoro, permessa dallo sviluppo delle forze produttive, sia utilizzata anche per la creazione di posti di lavoro salubri e motivanti, con ruoli e contesti positivi per l'affermazione delle capacità creative e per una maggiore realizzazione delle lavoratrici e dei lavoratori;
- l'adozione ed il supporto a politiche per il lavoro (economiche e fiscali soprattutto) che garantiscano redditi ed inserimenti lavorativi basati sul rispetto della dignità umana, e dell'uguaglianza dei diritti e consentano di sostenere l'inserimento, nella contrattazione aziendale dei luoghi di lavoro con più di 50 addetti di programmi per la promozione della salute dei dipendenti.

## **C) OBIETTIVI DI SALUTE**

Così come i rischi ed i danni da lavoro derivano dal più generale sistema occupazionale, la realizzazione degli obiettivi di seguito proposti è affidata al complesso degli attori che intervengono sul sistema occupazionale, conseguentemente a quanto indicato dal PSR 1999-2001 a proposito di intersectorialità e governo della salute.

### **C.1) Riduzione dei rischi e dei danni da lavoro**

- Ridurre la frequenza (espressa come media mobile triennale) di casi mortali di infortuni sul lavoro denunciati all'INAIL di almeno il 20% entro il 2001, nei settori dell'edilizia, della meccanica e dell'agricoltura limitatamente ai lavoratori dipendenti ed ai coltivatori diretti;
- Ridurre la frequenza degli infortuni sul lavoro denunciati all'INAIL con una prognosi iniziale >40 gg nei settori dell'edilizia, dell'agricoltura e della meccanica di almeno il 20%, rispetto al 1998 (base line da acquisire) entro il 2001.
- Abolire entro il 2001 l'esposizione a livelli di rumore negli ambienti di lavoro con valori di Lep,d superiori a 90 dbA;
- Adottare entro il 2001 specifici piani aziendali per la sostituzione dei cancerogeni occupazionali o l'abbattimento delle esposizioni;
- Applicare i livelli di copertura vaccinale raccomandati in tutti i lavoratori a rischio.

### **C.2) Promozione della salute**

- Attivare entro il 2001 corsi inseriti in programmi di formazione e informazione mirati per specifici settori dell'artigianato e della piccola e media industria, per aumentare lo stato di conoscenza e migliorare le abitudini comportamentali tra i lavoratori, con particolare riferimento alle figure giuridiche individuate dal D.Lgs 626/94 e successive modificazioni ed integrazioni;
- Attivare entro il 2001 in almeno la metà delle scuole superiori umbre (con particolare attenzione alle scuole professionali) programmi per affermare una cultura della salute e della prevenzione nei luoghi di lavoro tra i giovani in via di formazione;
- Attivare entro il 2001 in almeno un terzo delle aziende con più di 50 addetti (con particolare riferimento al terziario) progetti di promozione della salute dei lavoratori in tema di alimentazione, attività fisica e regolamentazione del fumo di tabacco.

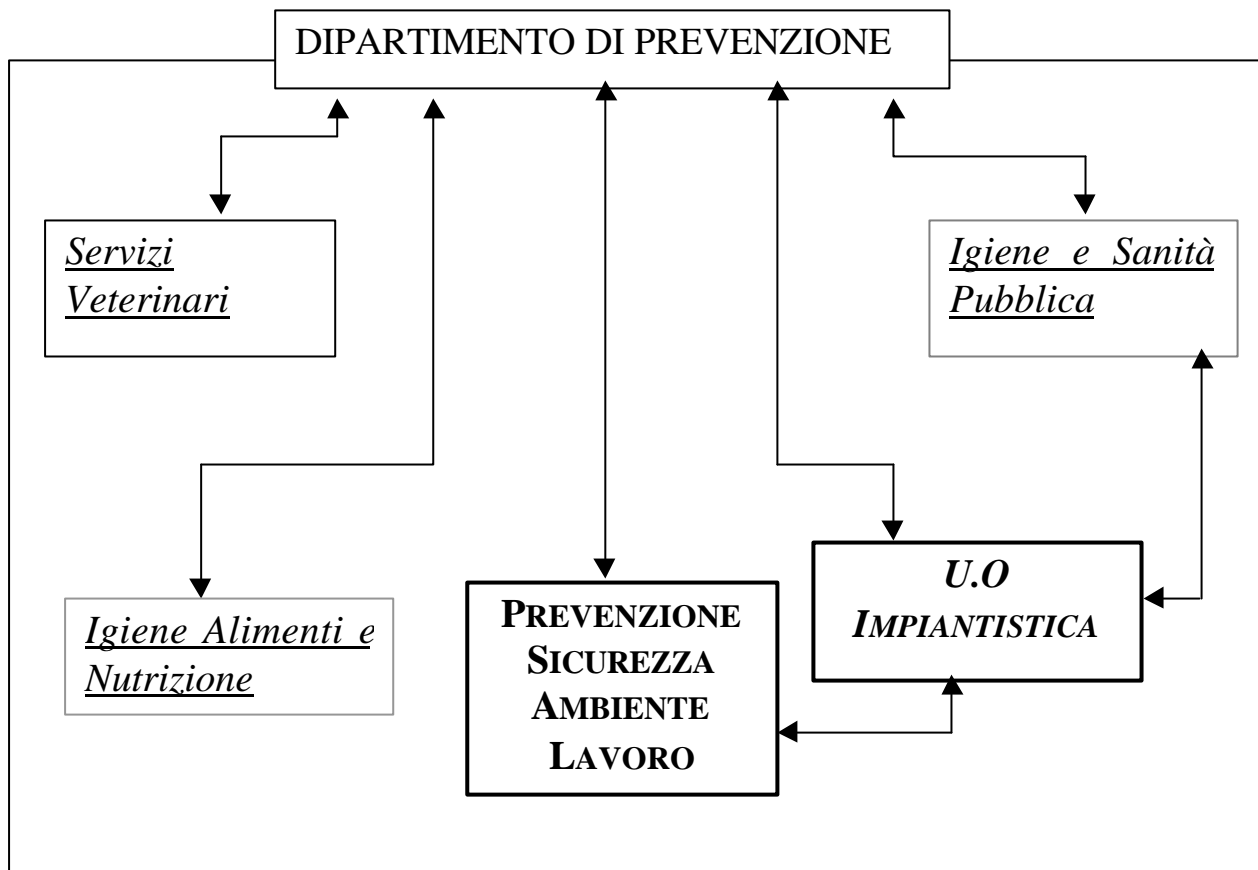
## **D) ASSETTI ORGANIZZATIVI GENERALI**

### **D.1) Assetto organizzativo e funzionale a livello di Azienda sanitaria ed ospedaliera.**

A livello di Azienda USL, nelle more della definizione delle modifiche imposte alla normativa regionale dalla legge 229/99, oltre alle funzioni svolte dagli SPSAL in base alla normativa di settore è necessario prevedere:

- a) uno specifico assetto organizzativo per le competenze impiantistiche, con una collocazione trasversale che consenta di rispondere alle esigenze connesse con la prevenzione negli ambienti di vita e negli ambienti di lavoro; la sua funzione è innovativa rispetto a quella storicamente svolta dai servizi Impiantistici, in quanto si tratta di supportare le attività di regolazione demandate all'Ente Pubblico piuttosto che la gestione del sistema "verifiche periodiche" delle attrezzature di lavoro;
- b) la netta divisione tra i ruoli dei servizi di prevenzione pubblici e degli operatori che vi operano con i ruoli dei servizi di protezione e prevenzione aziendali, pubblici e privati, e gli operatori che vi operano;
- c) una regolamentazione, all'interno del regolamento aziendale, dei rapporti tra servizi del DIP e Servizi ex art. 9 comma d) della LR 3/98, che salvaguardando le rispettive competenze, permetta di raggiungere sinergie;
- d) rapporti funzionali con i servizi di formazione e di educazione alla salute, per i supporti metodologici nell'organizzazione dei corsi formativi per operatori, RLS, etc.





Le attività di prevenzione nei luoghi di lavoro saranno supportate anche dall'Azienda Ospedaliera di Perugia (Istituto di Medicina del Lavoro e Tossicologia Professionale e Ambientale e Scuola di Specializzazione in Medicina del Lavoro), la cui collaborazione riguarderà:

- l'assistenza sanitaria ai lavoratori esposti al rischio e/o affetti da patologie professionali;
- i supporti specialistici alla messa a punto di efficaci protocolli di sorveglianza sanitaria dei lavoratori);
- i supporti diagnostici, strumentali e tossicologici per particolari esigenze e problematiche dei Servizi di prevenzione delle Az. USL, in quanto Centro di Riferimento per l'Igiene Industriale e la Tossicologia;
- la collaborazione ad attività formative specifiche organizzate dalla regione e a quelle di aggiornamento professionale, anche attraverso l'utilizzazione della biblioteca dell'Istituto;
- il supporto alle attività di accreditamento strutturale e professionale;
- collaborazioni sul versante dell'epidemiologia occupazionale e della ricerca finalizzata;
- altre materie previste da specifici accordi interaziendali o su mandato regionale.

## **D.2) Relazioni tra Aziende sanitarie e altri soggetti (istituzionali e non) competenti**

I principali interlocutori esterni al SSR sono rappresentati da:

- a) Comitato di coordinamento sulla sicurezza e sulla salute nei luoghi di lavoro di cui al DPCM 5 dicembre 1997: ha il compito di assicurare il coordinamento tra tutti i soggetti istituzionali che operano nel campo della prevenzione, tra cui l'INAIL per la gestione dei dati sugli infortuni e le malattie professionali e l'Ispettorato del lavoro, per la verifica congiunta del rispetto delle norme sulla sicurezza e di quelle sulla regolarità dei rapporti di lavoro.

E' necessario dare seguito applicativo a:

- protocollo d'intesa tra soggetti istituzionali delegati al controllo ed alle visite ispettive presso i cantieri delle costruzioni;

- protocollo d'intesa per l'attestazione della regolarità contributiva, previdenziale ed assicurativa mediante il documento unico di cui all'art. 19 della legge regionale 12 agosto 1998, n. 30;
- approvazione del modello di notifica preliminare per lavori assistiti da contributo pubblico;
- b) la Scuola (in particolare con gli Istituti Tecnici e con le Scuole professionali) al fine di costruire una cultura della salute e della prevenzione nei luoghi di lavoro prima dell'accesso al mondo del lavoro;
- c) le associazioni sindacali relativamente alla verifica dell'applicazione del 626, all'analisi dei rischi e delle situazioni critiche e, soprattutto alla attività di formazione ed informazione verso lavoratori, RLS, e altre figure giuridiche individuate dalla vigente normativa;
- e) i servizi di prevenzione e protezione ambientale sia per gli aspetti di vigilanza previsti dalla normativa vigente che per le attività di indirizzo tecnico scientifico.
- f) le associazioni datoriali;
- g) altri enti ed organismi che intervengono sugli ambienti di lavoro in materie attinenti la prevenzione (INAIL, Ispettorato del lavoro, VV.FF, etc).

## **E) SISTEMI OPERATIVI TECNICO SPECIFICI**

Nel triennio assume rilevanza, al fine di affrontare i problemi di salute descritti e di raggiungere gli obiettivi enunciati, l'ulteriore sviluppo di adeguati sistemi operativi per:

- 1) *aumentare l'efficacia delle attività e del sistema complessivo di tutela della salute dei lavoratori;*
- 2) *valorizzare, al di là del mero riscontro dell'adempimento formale, le attività connesse con la verifica dell'applicazione del D.lgs 626/94;*
- 3) *supportare lo sviluppo di adeguate attività di formazione ed educazione alla salute dei lavoratori e degli RLS e delle altre figure giuridiche previste dalla normativa di settore;*
- 4) *attivare / potenziare l'inserimento nei curricula formativi delle scuole di ordine tecnico di contenuti relativi alla cultura della salute e della prevenzione nei luoghi di lavoro.*

**E.1)** *Il piano assume l'efficacia come requisito base dei sistemi operativi tecnico specifici che i professionisti adottano nell'esercizio delle loro funzioni.*

L'efficacia nel campo della prevenzione dei luoghi di lavoro è in questa sede, riferita principalmente ai seguenti aspetti:

- a) ulteriore messa a punto di protocolli di intervento per le attività ispettive svolte dagli SPSAL e dalle unità operative dei servizi impiantistici, che prevedano almeno:
  - riferimenti normativi omogenei;
  - presa in esame dei rischi connessi con le specifiche fasi lavorative;
  - modalità applicative omogenee nelle diverse fasi per tutti i territori regionali, in modo da evitare la creazione di zone a trattamento differenziato, sia nel senso di una eccessiva applicazione di criteri che in quello di una minore intensità di controlli/criteri preventivi;
- b) messa a disposizione dei medici di azienda di linee guida sulle pratiche diagnostiche efficaci ai fini della prevenzione delle tecnopatie professionali. Qui si tratta di censire, in collaborazione con l'ISPESL, con l'Università e con le istituzioni attive nel settore, le evidenze di efficacia preventiva e diagnostica disponibili, tenuto conto, a parità di efficacia, dei costi connessi, coinvolgendo in tale attività ovviamente anche gli operatori che saranno chiamati ad utilizzarle.

**E.2)** L'azione di monitoraggio e controllo sulla 626/94 si articola in due fasi distinte concettualmente ma fortemente integrate fra loro:

- una fase "conoscitiva" in cui si verifica come il 626 è applicato concretamente nelle aziende;
- una fase di "trasformazione" in cui si interviene per correggere le situazioni in cui ciò non avviene, con l'obiettivo di garantire una migliore applicazione.

In tal modo si cercherà di monitorare, nell'arco di un triennio l'applicazione del D.Lgs. 626/94, inserendo il piano di monitoraggio nelle attività dei servizi, valutando non solo gli aspetti formali, burocratici, ma verificando la sostanziale adesione al decreto con l'attuazione di dinamiche di trasformazione nelle aziende.

Per la realizzazione di quanto sopra, sarà adottato uno strumento comune pratico- applicativo per verificare la corretta e sostanziale applicazione delle norme (per l'utilizzo di tale strumento, composto da 15 schede guida, sono già state organizzate attività di formazione) oltre che su oggetti materiali o su agenti chimici e fisici misurabili e quantificabili, anche sull'organizzazione aziendale, sui processi e sulle relazioni.

**E.3)** Lo sviluppo di adeguati programmi di formazione e di educazione alla salute dei lavoratori, degli RLS e delle altre figure giuridiche previste dalla vigente normativa rappresenta una condizione preliminare alla efficace applicazione del D.lgs 626/94 e della normativa ad essa collegata.

I servizi sono chiamati a supportare lo sviluppo di programmi formativi mirati per definiti settori di attività, con priorità verso gli operatori della piccola e media impresa. In questo caso oltre e più che alla partecipazione allo svolgimento diretto di interventi formativi ed educativi, si tratta di svolgere un ruolo di supporto, verifica e revisione della qualità dei programmi proposti, tanto dalla parte sindacale che da quella datoriale, puntando a garantire quella base di conoscenze che può consentire ai lavoratori ed ai loro rappresentanti di conoscere i rischi presenti negli specifici ambienti di lavoro e di avere strumenti per verificare l'effettiva portata e realizzazione degli interventi preventivi attivati dal datore di lavoro.

In questa cornice la Regione dell'Umbria, anche attraverso il Comitato di coordinamento inter istituzionale svolge una azione generale di confronto con le organizzazioni sindacali ed imprenditoriali, prevedendo altresì una partecipazione attiva dell'Università alle attività di formazione.

**E.4)** L'attivazione o, ove già presenti, la verifica e l'eventuale potenziamento dei curricula formativi delle scuole superiori, tecniche e non, sulle materie della cultura della salute e della prevenzione nei luoghi di lavoro, rappresenta un classico esempio di "investimento per la salute" che avrà, opportunamente condotto, ricadute positive su tutta la comunità regionale.

In questo caso l'azione fa capo in primo luogo ad un intervento intersettoriale che vede come promotrice la Regione Umbria, con un grande ruolo di coordinamento interno (da affidare al Comitato di coordinamento inter istituzionale) e di confronto con l'Ente Provincia e con i due Provveditorati agli Studi, al fine di produrre accordi di settore per l'introduzione nei cicli scolastici di ore teorico pratiche dedicate alle materie della sicurezza e dell'igiene del lavoro, con il coinvolgimento diretto del corpo docente.

## **F) SISTEMI OPERATIVI PER L'APPROPRIATEZZA GESTIONALE**

Oltre alle importanti sinergie che si otterranno con le iniziative intersettoriali, i servizi dispongono, per la realizzazione di quanto previsto nel presente Atto di indirizzo, delle risorse umane, strumentali, tecnologiche e conoscitive già in dotazione.

Di ognuna di queste i responsabili dei Dipartimenti di Prevenzione e dei servizi che concorrono alla realizzazione di questo atto di indirizzo sono chiamati a verificare l'utilizzazione, alla luce di una

approfondita riflessione sulla effettiva appropriatezza gestionale con cui sono attualmente allocate.

C'è molto da fare in questo campo, ed il corretto espletamento di questa verifica rappresenta la condizione per una corretta utilizzazione di eventuali risorse aggiuntive.

Ciò premesso, perché vi sia un corretto rapporto tra i mezzi di cui l'organizzazione sanitaria dispone ed i fini che questo Atto di indirizzo individua, è necessario potenziare alcuni sistemi operativi funzionali ad una corretta gestione, pensandoli come supporti che facilitano il raggiungimento degli obiettivi di salute.

#### **F.1) Attribuzione e gestione delle risorse**

Vanno in questa sede ricordati i fondi attribuiti alle aziende con DGR n. 3565 del 25/6/1998 che sono stati finalizzati principalmente a far fronte ai più urgenti bisogni di ammodernamento del parco tecnologico dei servizi di prevenzione.

Una ulteriore quota di risorse finanziarie sarà poi assegnata ai servizi di prevenzione delle ASL in sede di ripartizione del budget, essendo prevista dalla normativa nazionale l'autonomia gestionale del Dipartimento di Prevenzione, mentre la normativa regionale pone l'obiettivo di aumentare, dal 5 al 6% la percentuale di quota capitaria che viene assegnata alle attività di prevenzione e di cui quindi beneficeranno anche gli SPSAL ed i servizi impiantistici.

Vi sono poi i fondi finalizzati alla realizzazione del presente progetto, che consistono in circa 700 milioni per ciascuna delle annualità 2000 e 2001.

Tali fondi saranno attribuiti alle aziende territoriali in sede di riparto dei fondi per il 2000 e per il 2001 in base alla popolazione residente in età lavorativa (18-64), al netto della quota che verrà riservata al livello regionale per gli obiettivi previsti in materia di epidemiologia occupazionale, e saranno ripartiti tra i servizi interessati dalle direzioni aziendali, su proposta dei rispettivi DIP.

#### **F.2) Sistemi di contabilità**

Le aziende sanitarie e l'Assessorato avvalendosi dei sistemi di contabilità economico - patrimoniale e analitica determinano i costi attribuibili ai servizi chiamati a realizzare il presente atto di indirizzo in modo da poter effettuare analisi costi - efficacia e costi efficienza e comparazioni tra servizi regionali e/o di altre regioni.

#### **F.3) Valutazione di processo e di esito**

L'erogazione dei finanziamenti per il 2001 sarà subordinata alla verifica della effettiva realizzazione dei programmi aziendali, da parte dell'apposito Gruppo di lavoro Regionale per la verifica del processo e degli esiti del presente Atto di indirizzo.

Sarà acquisito, con incontri almeno annuali il parere delle organizzazioni sindacali in merito alla realizzazione, dal punto di vista dei lavoratori, di quanto previsto nel presente Atto di indirizzo programmatico.

#### **F.4) Accredimento strutturale e professionale e formazione continua**

Il ruolo di "regolatore" che la 626/94 assegna ai servizi di prevenzione nei luoghi di lavoro, implica, per essere correttamente espletato, che si realizzi, nei tempi previsti dalla normativa nazionale, quanto previsto in termini di accreditamento dei servizi di prevenzione delle ASL, dei servizi di prevenzione e protezione ambientale delle aziende pubbliche e private e delle società di consulenza

e/o professionisti che supportano la valutazione dei rischi, la formazione dei lavoratori o la stessa messa in opera delle misure di prevenzione.

Le risorse finanziarie di cui al paragrafo F.1 trovano utilizzazione anche nella realizzazione di:

- corsi di formazione e di aggiornamento per gli operatori dei servizi, ove opportuno e possibile su base interaziendale, in modo da garantire omogeneità ai riferimenti culturali nonché a quelli operativi;
- corsi di formazione e aggiornamento, in seguito alla stipula di accordi e convenzioni con le organizzazioni datoriali e sindacali per RPPA e RLS.

### **F.5) Supporti conoscitivi: epidemiologia, sistema informativo, ricerca**

F.5.1) La constatazione della inadeguatezza della base conoscitiva, rappresenta una dolente ma costante nota che accompagna il lettore di questo Atto di indirizzo.

Dobbiamo quindi porci l'obiettivo di costruire, nel triennio una base informativa per l'osservazione epidemiologica, in modo da poter finalmente verificare l'efficacia pratica di quanto stiamo facendo. Si ritiene saggio, alla luce delle precedenti esperienze di informatizzazione, abbandonare ogni velleità di rappresentazione complessiva di rischi, danni ed attività; si vuole invece puntare alla creazione di un sistema epidemiologico ed informativo essenziale, che "rilevando il 20% degli indicatori proponibili", riesca a documentare l'80% dei fenomeni osservabili., in modo da valutare l'attività svolta, mettere a punto i programmi di lavoro, assicurare un adeguato flusso di dati, tale da poter svolgere studi epidemiologici sul fenomeno infortunistico e delle malattie da lavoro, comprese quelle "emergenti" ricordate in premessa al punto A.1).

Nel triennio rappresenta inoltre una priorità la messa in rete dei sistemi informativi delle varie U.O impiantistiche regionali.

F.5.2) La ricerca finalizzata regionale

L'Umbria partecipa, con altre regioni italiane, ad un progetto di ricerca ministeriale sulla valutazione dell'applicazione della 626/94.

La ricerca regionale finalizzata verterà:

- per il bando del 2000 sul tema della efficacia preventiva dei protocolli utilizzati nella sorveglianza sanitaria delle esposizioni a rischio di malattia professionale di maggiore rilevanza epidemiologica sul territorio umbro;
- per il bando del 2001 sul tema della miglioramento della appropriatezza gestionale dei servizi di prevenzione nei luoghi di lavoro.

### **G) MANUTENZIONE DEI CLIMI ORGANIZZATIVI E GESTIONE DEI RUOLI ESTERNI**

Tutte le organizzazioni per essere efficaci ed efficienti e raggiungere performance di buona qualità hanno bisogno di:

- creare un contesto motivazionale e relazionale tale da favorire l'identificazione dei membri nella "mission" aziendale, stimolando il senso di cittadinanza (fatta appunto di diritti e doveri) organizzativa tra gli operatori;
- socializzare le regole formali ed informali che stanno alla base della vita dell'organizzazione;

- gestire i rapporti con gli interlocutori esterni ed interni in modo da conseguire sinergie e gestire i ruoli conflittuali;
- rappresentare adeguatamente l'attività svolta in modo da giustificare agli occhi della società il suo costo di funzionamento.

E' altrettanto evidente che dei professionisti chiamati a gestire questi momenti fondamentali per la vita dell'organizzazione non riescono a mettere in campo approcci efficaci (salvo rari casi dovuti a particolari sensibilità), non avendo nei loro curricula formativi acquisito specifiche competenze.

Un primo elemento da curare è il clima interno attraverso:

- adeguate rappresentanze formali delle diverse componenti professionali, tecniche ed amministrative negli ambiti consultivi e decisionali (Consiglio di dipartimento, riunioni di servizio, Conferenza di servizio, etc);
- la creazione di momenti a diverso grado di formalizzazione, di relazioni tra i membri dell'organizzazione;
- un diversificato sistema premiante che valorizzi l'apporto dei fattori motivanti (riconoscimenti simbolici, gratificazioni sostanziali, valorizzazione dei contributi, cooptazione in commissioni di lavoro, richiesta di pareri, concessione di aree di ascolto, etc) oltre all'uso dovuto in base ai contratti vigenti, dei fattori soddisfacenti (retribuzioni e compensi monetari in genere).

La gestione dei ruoli esterni rappresenta una delle principali funzioni di un dirigente in una organizzazione professionale, e, nello specifico del settore in questione, sono rilevanti, anche ai fini della realizzazione degli obiettivi individuati, le modalità con cui si gestiscono le relazioni con:

- associazioni sindacali ed RLS;
- associazioni datoriali;
- Ispettorato del lavoro, INPS, INAIL, VV.FF;
- livelli politici territoriali.

E' bene che siano previamente definiti con la direzione aziendale e con quella di dipartimento i compiti di rappresentanza, ove oggetto di delega ai servizi, in modo da concordare modalità di interazione con gli interlocutori esterni al SSR, su terreni e con approcci che riescano a prefigurare vantaggi, e quindi interessi reciproci.

La Regione promuove l'attivazione da parte delle aziende di momenti formativi sui temi sopra indicati, eventualmente anche attraverso l'attivazione di corsi regionali svolti da personale di non improvvisata competenza, interno alla cultura dei servizi pubblici e alle problematiche organizzative delle organizzazioni professionali.

## **H) CALENDARIO DEGLI IMPEGNI PER IL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PIANO**

1) Entro il primo anno:

- avvio dei rapporti col mondo della scuola;
- inizio del monitoraggio sull'attuazione del 626;
- definizione degli indicatori per la costruzione del S.I.;
- definizione dei programmi aziendali.

2) Entro il secondo anno:

- assegnazione quote vincolate di finanziamento;
- verifica stato di avanzamento dei programmi aziendali, della utilizzazione delle quote assegnate ed eventuale concessione della successiva annualità di finanziamento;

- elaborazione, insieme alla scuola, dei programmi formativi per l'inizio dell'anno scolastico 2000/2001;
- prosecuzione monitoraggio 626 , elaborazione primi report periodici;
- sperimentazione del S.I. ed epidemiologico;
- attivazione delle procedure di accreditamento dei servizi pubblici e privati.

3) Entro il terzo anno:

- verifica stato di avanzamento dei programmi aziendali, della utilizzazione delle quote assegnate ed eventuale concessione della successiva annualità di finanziamento;
- prime valutazioni, messa a punto dei programmi di formazione concordati con la scuola;
- prosecuzione monitoraggio 626;
- messa a regime dei flussi del S.I.;
- valutazione di qualità dei servizi di prevenzione nei luoghi di lavoro e dei servizi impiantistici.

## **5.2.2. PROMOZIONE E TUTELA DELLA SALUTE DELLA DONNA E DELL'ETÀ EVOLUTIVA**

### **A) CORNICE**

**A.1)** La base conoscitiva cui si riferisce il presente progetto è frutto della classica impostazione materno - infantile finora data, anche nella nostra Regione agli interventi di settore. Oggi sono maturi i tempi per un approccio più complessivo, in cui l'assistenza alla maternità rappresenti un elemento importante ma non esclusivo della salute della donna; parallelamente, vengono espanso le funzioni connesse con la salute in età evolutiva, rispetto alla quale presupposto irrinunciabile da cui far partire ogni intervento è rappresentato dalla "centralità del bambino", cui bisogna garantire risposte ai bisogni di salute fisica e psichica, anche prendendo in esame problematiche dell'età adolescenziale in modo da integrare ulteriormente gli interventi volti a sostenere uno sviluppo psichico e fisico il più possibile completo ed autonomo.

**A.2)** Per quanto riguarda il percorso nascita - ed i rischi ed i danni ad esso associati - in Umbria i dati più aggiornati sono quelli elaborati dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale in base ai Certificati di Assistenza al Parto (CEDAP) per l'anno 1997.

Dalla loro analisi, fatta salva una probabile lieve sottostima dei fenomeni dovuta a variazioni nella modalità di raccolta delle informazioni, ricaviamo alcune informazioni importanti per la programmazione sanitaria regionale:

- in Umbria abbiamo una bassa natalità con un tasso di 7,5/1000 abitanti. Nel 1997, si sarebbero avuti 6.023 nati di cui 137 gemelli, per un totale di 5886 parti. I parti sono avvenuti nei 17 punti nascita all'epoca attivi (attualmente ridotti a 12 per effetto del DCR 311/97), con una distribuzione non omogenea del numero dei nati: solo 4 punti nascita avevano un numero di nati/anno superiore a 500, 3 intorno a 100, 2 circa 30 nati/anno;
- i neonati a rischio con peso inferiore a 2500 grammi per quell'anno sono stati almeno 326. I parti con meno di 37 settimane di gestazione sono stati almeno 301. Tali eventi non si sono concentrati nei punti nascita dotati di strutture adeguate per il tipo di assistenza necessario, ma si sono distribuiti indifferentemente nei vari ospedali;
- la frequenza dei tagli cesarei è più alta di quella raccomandata dall'OMS, come giustificata in termini di indicazione medica, con distribuzione nei vari punti nascita molto diverse talché in alcuni ospedali è stato raggiunto il 38,7% per il cesareo di elezione;

- i nati morti, sempre per lo stesso anno, sono stati almeno 18. La bassa numerosità impedisce analisi dettagliate riferite ai vari punti nascita e va considerata globalmente;
- i dati ISTAT ci possono permettere di fare analisi più ampie in tal senso, ma quelli più aggiornati riguardano il 1995. Per quell'anno la mortalità perinatale (nati morti + morti entro la prima settimana/nati) per luogo d'evento ha fatto registrare un tasso di 6.8/1000 nati, con un tasso italiano di 7.6/1000. Se comunque confrontiamo i dati dell'Umbria con quelli delle regioni del Nord Italia, e anche con quelle limitrofe e simili per livelli assistenziali presumibilmente raggiunti, i dati non sono soddisfacenti, anche se indicano una evoluzione positiva rispetto agli anni precedenti;
- i dati riguardanti la cittadinanza della madre, indicano che sono 410 i nati da madre straniera, per la maggior parte (44,1%) di provenienza da altri Paesi europei e (24,9%) dall'Africa.

**A.3)** Per quanto riguarda le IVG si evidenzia il calo nell'ambito regionale tra il 1992 e il 1997 (ultimo dato disponibile presso l'Osservatorio Epidemiologico Regionale dell'Umbria). Nel 1997 si sono avuti 2.561 interventi per IVG, 120 in meno rispetto al 1996 e circa 400 in meno rispetto al 1992, il che corrisponde ad un tasso di abortività pari a 10,7 per mille donne in età fertile contro il 13 del 1992. Tali interventi sono stati effettuati in 12 centri regionali.

Il 98,5% di IVG è stato effettuato entro i primi 90 giorni, l'1,3% (pari a 34 casi) dopo tale data.

La percentuale delle IVG su donne non residenti in Umbria è il 20% del totale. Circa il 17% delle donne risulta essere straniera, una percentuale che è aumentata nel corso degli anni, e di queste il 13,8% è anche cittadina straniera.

Il 2% delle IVG (51) sono state effettuate da minorenni

**A.4)** Dati regionali sulla morbosità perinatale e sulle sue conseguenze non sono al momento disponibili, con l'eccezione di quelli forniti dal Registro Umbro Malformazioni Congenite. I dati evidenziano un trend in calo nell'andamento dei tassi globali dei nati con anomalie; si pongono però problemi di interpretazione di questa tendenza, di per sé positiva, in quanto i tecnici del Registro si sarebbero aspettati, anche nel periodo considerato, un incremento data la maggiore capacità diagnostica (come osservato in effetti per le cardiopatie congenite), che avrebbe dovuto compensare le riduzioni comportate dalla diffusione della diagnosi prenatale e quindi dell'aborto selettivo (che comunque va ad intervenire su pochi, gravi casi di malformazione). Ciò premesso, dal 1983 al 1996 sono state diagnosticate 1872 malformazioni in 1787 nati con una o più malformazioni alla nascita, corrispondenti ad un tasso medio (la punta massima si è avuta nel 1994) di 20,4 malformazioni diagnosticate ogni 1000 nati, e di 19,5 nati con malformazione ogni 1000 nati. Nel 1996 il tasso è stato di 15.7/1000.

Per attuare quanto stabilito dalla L.5/2/92 e dalla DGR n. 1854/94 relativamente all'obbligatorietà nel periodo neonatale dell'esecuzione degli screening su ipotiroidismo congenito, fenilchetonuria e fibrosi cistica, nel corso del 1997 si sono attivate in Umbria tutte le convenzioni con un unico laboratorio di riferimento (Croce Rossa Italiana di Roma). Nel 1998 sono stati screenati 6704 nati, uno è risultato positivo per la fibrosi cistica e 4 per ipotiroidismo congenito. Dati sulla copertura non sono attualmente disponibili essendo in corso la raccolta e revisione di qualità dei dati CEDAP 1998.



## **B) PROBLEMI DI SALUTE**

### **B.1) Inadeguatezza delle conoscenze epidemiologiche**

Manca la base conoscitiva relativa alla salute della donna.

Inoltre l'Osservatorio Epidemiologico Regionale attualmente raccoglie solo parzialmente i dati relativi alla funzione riproduttiva ed al percorso nascita. E' necessario, anche superando i problemi posti per l'utilizzo del CEDAP dalle nuove disposizioni legislative, mettere a regime il flusso per ottenere dati in tempo reale e superare la scarsa attenzione finora riservata dalle direzioni aziendali alla costruzione di una corretta base epidemiologica.

### **B.2) Rischi e danni nel percorso nascita (gravidanza, parto, puerperio)**

Per ridurre la mortalità, la morbilità perinatale e l'handicap, per seguire correttamente le gravidanze a rischio indirizzandole a centri adeguati, per promuovere l'allattamento materno, è necessario fare ulteriori passi sulla strada delle indicazioni già fornite dalla DGR n. 4773 del 23/06/94 che riguardano in particolare:

- il completamento della riorganizzazione della rete dei punti nascita nei diversi livelli, privilegiando il trasferimento "in utero" ed adeguando il trasporto con unità mobili neonatali;
- l'uso di protocolli comuni per la gravidanza, come le linee guida per la gravidanza fisiologica, migliorando nel contempo gli standard tecnici e organizzativi relativi alla diagnosi prenatale;
- l'umanizzazione delle cure relative al percorso nascita (gravidanza, parto, puerperio), sia all'interno delle strutture sanitarie che a domicilio, anche nel rispetto delle differenze etniche e culturali, riducendo l'uso di tecnologie e pratiche sanitarie di non provata efficacia;
- l'integrazione dei servizi territoriali e ospedalieri per garantire continuità di assistenza durante tutto il percorso nascita, compresa la attività di diagnosi prenatale e con particolare riguardo alla attuale tendenza alla dimissione precoce dopo il parto (attivazione precoce dei pediatri di base e della assistenza ostetrica domiciliare).

### **B.3) Rischi e danni nell'infanzia e nell'adolescenza**

A partire da una condizione di salute dell'infanzia e dell'adolescenza complessivamente buona, si evidenziano le seguenti aree problematiche:

- disomogenea individuazione dei bambini con problemi di salute rilevanti e mancanza di programmi integrati di presa in carico;
- parziale attivazione degli screening per l'ambliopia;
- tassi di copertura vaccinale per alcune vaccinazioni non obbligatorie non ancora corrispondenti al programma EPI - OMS;
- probabile sotto stima dei casi di abuso sessuale.

A ciò corrisponde sul versante organizzativo la necessità di raggiungere una maggiore integrazione della attività della pediatria di base ed ospedaliera nel Dipartimento Materno Infantile delle ASL, l'opportunità di una ulteriore definizione dei compiti delle aziende ospedaliere in campo pediatrico, con una maggiore integrazione tra le diverse componenti professionali che intervengono sui pazienti pediatrici, nonché la ricerca di appropriate soluzioni organizzative per le attività specialistiche.

### **B.4) Sessualità e funzione riproduttiva consapevole**

Per intervenire attivamente relativamente ai problemi della sessualità e contraccezione, della gravidanza e puerperio, delle IVG, delle malattie sessualmente trasmesse, della menopausa, dei tumori della sfera genitale femminile, del disagio della coppia e della famiglia, della medicina preventiva in età evolutiva, è necessario nel triennio dare attuazione a quanto previsto dal cap. 4.1.14 del PSR 1999/2001 che prevede in sintesi:

- adeguare la rete dei consultori e il personale agli standard previsti;
- dedicare almeno il 40% dell'orario del personale alle attività di iniziativa;
- individuare livelli di coordinamento funzionale delle attività consultoriali a livello di distretto e di ASL, in seno al Dipartimento Materno Infantile;
- elaborare un sistema informatizzato per la rilevazione delle attività e un sistema di indicatori per la valutazione dei progetti.

### **B.5) Disabilità ed handicap in età evolutiva**

Per ridurre i problemi relativi al disagio psico-sociale, alla disabilità psichica e fisica, alle spesso conseguenti condizioni di handicap e per intervenire con maggiore appropriatezza sui problemi di salute mentale in età pediatrica ed adolescenziale, è necessario all'interno del triennio porsi come obiettivo prioritario la applicazione della L.104/92 e della DGR del 10/7/98. Va sviluppata l'integrazione tra il ruolo del pediatra di libera scelta (o del medico di medicina generale) con le attività dei servizi specialistici che intervengono a supporto della salute dei minori, ivi compresi i servizi di riabilitazione e salute mentale per minori che afferiscono funzionalmente al Dipartimento Materno Infantile e, sul piano gestionale, al distretto.

E' necessario prevedere, quindi:

- l'organizzazione, in questa cornice, dei servizi di riabilitazione e salute mentale, sia territoriali che semiresidenziali e residenziali;
- l'adeguamento del personale per le varie specificità professionali e aggiornamento;
- la messa in rete dei servizi esistenti con modelli operativi e organizzativi condivisi.

### **B.6) Danni da patologie tumorali prevenibili dell'apparato genitale femminile**

Per aumentare le possibilità di diagnosi precoce dei tumori della cervice uterina e della mammella, è necessario completare l'attivazione degli screening su tutto il territorio regionale rispettando la scadenza del 1999 indicata dalla DGR n. 4241 del 30 giugno 1997, garantendo:

- il monitoraggio sia a livello regionale che aziendale dell'andamento degli screening;
- l'adeguamento del personale dedicato e la sua formazione e aggiornamento;
- il completamento di strumentazioni tecnologicamente avanzate;
- la definizione di prestazioni di alta qualità e di percorsi organizzativi oltre che diagnostico terapeutici integrati basati su protocolli concordati, sino all'ultimo livello di riabilitazione, prevedendo il follow-up.

## **C) OBIETTIVI DI SALUTE**

### **C.1) Attivare e/o migliorare le conoscenze epidemiologiche**

- Organizzare ex-novo l'osservazione epidemiologica sulla salute della donna;
- mettere a punto la rilevazione dei dati di mortalità e morbilità perinatale;
- organizzare ex novo la raccolta dei dati relativi alla disabilità (servizi e casistica) sia a livello regionale che di azienda.

### **C.2) Ridurre rischi e danni nel percorso nascita (gravidanza, parto, puerperio)**

- la riduzione della mortalità perinatale nei nati da madri residenti in Umbria di almeno il 20%, passando dal 7,4/1000 nati del 1995 al 6/1000 del 2001;

- la riduzione dell'incidenza dei tagli cesarei dal 22.2 % del 1995 al 20 % nel 2001;
- la riduzione delle nascite dei neonati di peso < 1500 gr di almeno il 50%, nei punti nascita non forniti di TIN.

**C.3) Ridurre rischi e danni nell'infanzia e nell'adolescenza**

- Individuare con tempestività i principali problemi di salute della fascia di utenza;
- ridurre i casi di ambliopia (baseline da acquisire);
- contribuire al raggiungimento degli obiettivi di copertura vaccinale previsti nei programmi EPI OMS e nel Piano Nazionale Vaccini;
- mettere a punto un attendibile sistema di rilevazione dei casi di abuso sessuale sui minori.

**C.4) Promuovere una sessualità ed una funzione riproduttiva consapevole**

- Offrire a tutti i giovani percorsi informativi ed educativi funzionali allo sviluppo di una sessualità e di una funzione riproduttiva consapevole;
- mantenere i tassi di gravidanze (aborti spontanei più IVG più parti) in minorenni residenti in Umbria (14 - 17 anni compiuti) inferiori a 5/1000;
- monitorare i casi di IVG oltre i 90 giorni di gestazione in donne residenti in Umbria;
- mantenere l'incidenza di blenorragia (come indicatore delle malattie sessualmente trasmesse) ai livelli attuali.

**C.5) Ridurre disabilità ed handicap in età evolutiva**

- Ridurre l'incidenza delle malformazioni congenite alla nascita di almeno il 10%, passando dal 15,7/1000 nati del 1996 ad almeno 14,1 nel 2001;
- rilevare la prevalenza delle condizioni di disabilità fisica e relazionale in Umbria;
- mantenere la prevalenza della disabilità nei minori residenti sui valori attuali (base line da acquisire);
- ridurre la percentuale dei minori istituzionalizzati (baseline da acquisire);
- aumentare il tasso di inserimenti scolastici dei minori con handicap (baseline da acquisire).

**C.6) Ridurre i danni da patologie tumorali prevenibili dell'apparato genitale femminile**

- Raggiungere in ciascuna Azienda Sanitaria territoriale una compliance allo screening pari almeno al 50%, sia per l'utero che per la mammella, entro il 2001.

**D) ASSETTI ORGANIZZATIVI GENERALI**

Fatte salve le ulteriori modificazioni che potranno essere introdotte nella normativa regionale per l'adeguamento alla legge 229/99, si forniscono di seguito alcune indicazioni sugli assetti organizzativi generali dei servizi rivolti alla salute della donna e dell'età evolutiva.

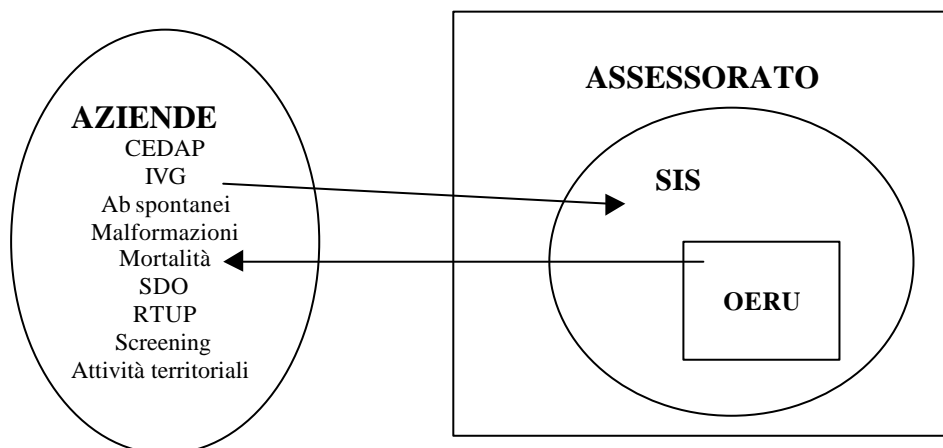
**D.1) Osservazione epidemiologica sulla salute della donna e dell'età evolutiva**

- L'Osservatorio Epidemiologico Regionale definisce il piano di rilevazione triennale con la definizione delle priorità in tema di osservazione epidemiologica sulla salute della donna;

- a livello regionale l'Osservatorio Epidemiologico deve essere in grado di operare una lettura integrata e la socializzazione delle informazioni relative a Certificato di Assistenza al parto (CEDAP), IVG, aborti spontanei, malformazioni congenite, mortalità perinatale, SDO relativi alla morbilità perinatale, neonatale e infantile e pediatrica, Registro Tumori, Registro Nominativo delle Cause di Morte (RENCAM), attività di screening e attività dei servizi territoriali;
- a livello aziendale territoriale devono essere attentamente e scrupolosamente raccolti dati di servizio relativi all'attività consultoriale, dei servizi di riabilitazione e salute mentale dell'età evolutiva, delle attività di screening, delle valutazioni sullo stato di salute dei bambini, rivedendone la periodicità e focalizzando l'attenzione sugli strumenti informativi ed epidemiologici rivolti ai bambini con consistenti problemi di salute.

## FUNZIONI

- Aziende sanitarie locali: raccolta dati e certificazioni;
- Regione: SIS - OERU raccolta dati, aggregazioni, verifica e valutazione della qualità, elaborazione, interpretazione e valutazione dei trend, report di ritorno informazioni ai produttori di dati.



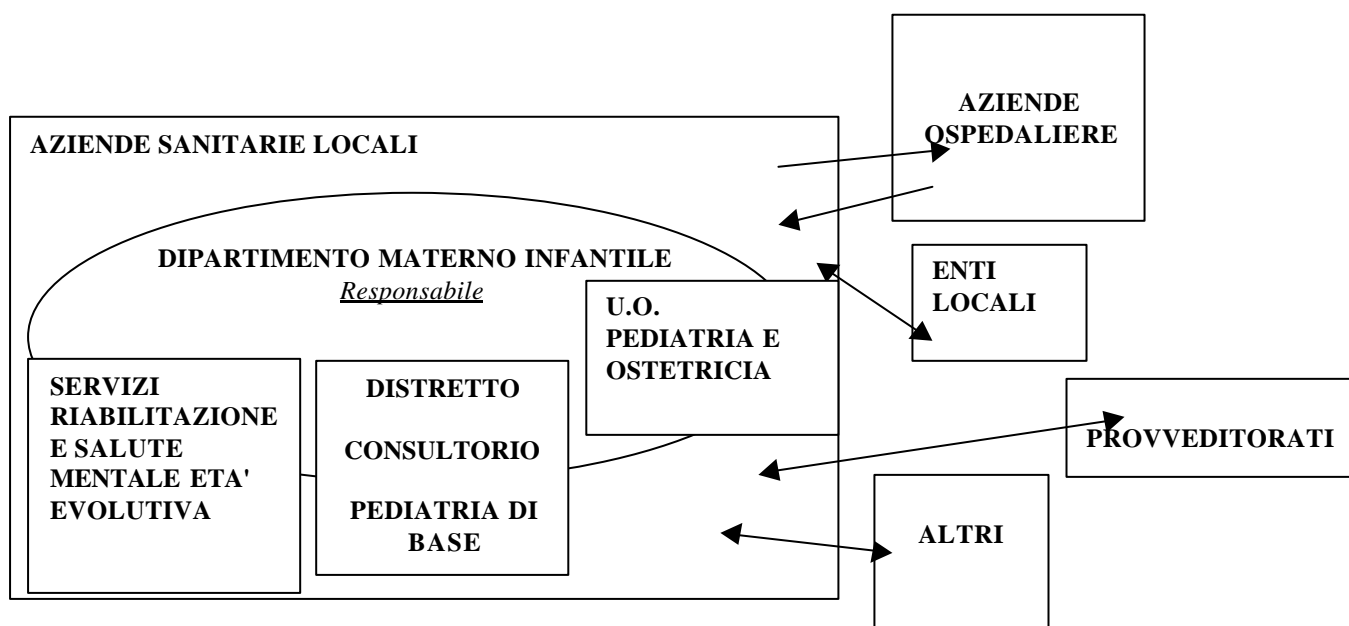
## D.2) Dipartimento Materno Infantile

- Creazione del Dipartimento Materno Infantile all'interno di tutte le Aziende regionali, con integrazione funzionale dei servizi relativi alla riabilitazione delle condizioni di disabilità e dei disturbi psichici e psicologici dell'età evolutiva, anche in base a quanto previsto dal progetto obiettivo materno-infantile nazionale;
- integrazione della attività della Pediatria di base ed Ospedaliera nel Dipartimento materno infantile attraverso la realizzazione di progetti comuni e di stesura di protocolli di comportamento che coinvolgano anche tutti i servizi dipartimentali e con le istituzioni locali (comuni, scuole), anche con accordi interaziendali a Perugia e Terni. Nelle strutture ospedaliere in cui è prevista l'assistenza pediatrica, gli interventi a favore del bambino vanno effettuati all'interno di una area – ad ovvia valenza funzionale - delle cure pediatriche, in cui la competenza pediatrica concorra ad individuare i percorsi interni più appropriati;

- adozione di programmi per l'attivazione e/o l'implementazione degli screening per l'ambliopia e per il raggiungimento degli standard di copertura vaccinale previsti dal programma EPI OMS in tutte le vaccinazioni raccomandate. In tale campo va considerato che in Umbria è stato già raggiunto un tasso di copertura per la vaccinazione contro la pertosse del 97.6% che è perfettamente in linea con quanto auspicato dall'OMS e che testimonia di un grosso successo di politica sanitaria adottata dalla nostra Regione;
- realizzazione di interventi per la prevenzione ed il contrasto del fenomeno del maltrattamento e della violenza sui minori e sulle donne attraverso un progetto integrato sociale e sanitario che realizzi politiche coordinate sociali, sanitarie, educative ed interventi del privato sociale e degli uffici giudiziari nel rispetto delle indicazioni dell'Accordo di Programma tra Stato e Regioni e del Protocollo di intesa tra Centro per le Pari Opportunità e Giunta Regionale. In tale direzione andrà organizzata la rete dei servizi consultoriali anche attraverso momenti di formazione comune tra Enti e servizi coinvolti.

## FUNZIONI

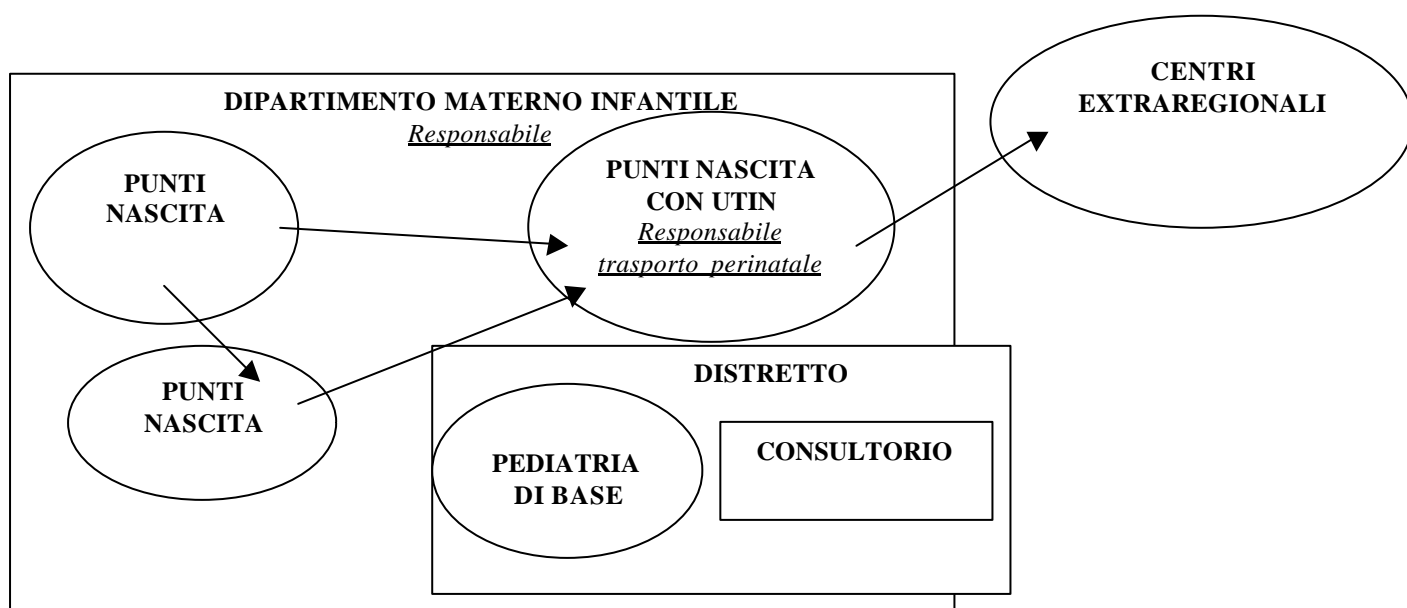
- Direzioni delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere: attivazione dei Dipartimenti materno-infantili secondo gli indirizzi della normativa nazionale e regionale; assegnazione di obiettivi e risorse congruenti con le indicazioni del presente atto di indirizzo programmatico generale, valutazione di prodotti e risultati, coordinamento intra ed interaziendale (Aziende Ospedaliere ed Aziende Sanitarie );
- Dipartimento Materno Infantile: realizzazione dei programmi concordati con la direzione aziendale tramite la formulazione di piani di attività condivisi, la gestione del budget dipartimentale , l'integrazione funzionale dei servizi e degli operatori attivi a livello territoriale, la definizione di priorità ed obiettivi nelle integrazioni intra ed interaziendali e nei rapporti con enti ed istituzioni non sanitarie, in modo da garantire ai cittadini percorsi accessibili, continuità assistenziale ed una appropriata utilizzazione delle risorse (VRQ, ricerca, formazione, sistema informativo ed epidemiologico, gestione risorse strutturali, tecnologiche ed umane, applicazione della Carta dei Servizi, regolazione delle attività libero professionali).



- Riconversione, entro il 2001, dei punti nascita secondo i criteri previsti dalla normativa nazionale in materia di accreditamento;
- definizione di protocolli condivisi per uniformare su tutto il territorio regionale le modalità di trasporto dei casi di patologia perinatale;
- verifica della utilizzazione delle linee guida per la gravidanza fisiologica e formazione del personale per il miglioramento degli standard tecnico-organizzativi relativi alla diagnosi prenatale;
- verifica dell'assetto organizzativo e funzionale adottato con la DGR 3287 del 9-4-1991, istitutiva del Servizio di Consultorio Genetico e Diagnosi Prenatale;
- interventi formativi ed organizzativi per aumentare l'appropriatezza nel ricorso al taglio cesareo, in base alle indicazioni dell'OMS;
- realizzazione degli interventi strutturali e formativi previsti dai progetti presentati in base alla L.34 del 1996 per favorire l'umanizzazione del parto;
- favorire all'interno dei Dipartimenti Materno Infantili i progetti relativi alla continuità di assistenza dal periodo della gravidanza al puerperio, e rivolti a implementare l'allattamento materno.

#### FUNZIONI

- Puntuale osservanza di quanto previsto dalla normativa nazionale e dai riferimenti scientifici in materia di attività ed interventi appropriati per i punti nascita rispettivamente ai diversi livelli;
- Distretto: garantire assistenza domiciliare e sostegno sociale; tramite il Consultorio e la Pediatria di base garantire assistenza alla gravidanza e al puerperio;
- Dipartimento Materno Infantile: stesura di linee guida per la organizzazione dell'assistenza alla gravidanza e al puerperio (anche nell'ottica della dimissione precoce dall'ospedale delle donne partorienti), per il trasporto neonatale (individuando responsabili e centri di riferimento).

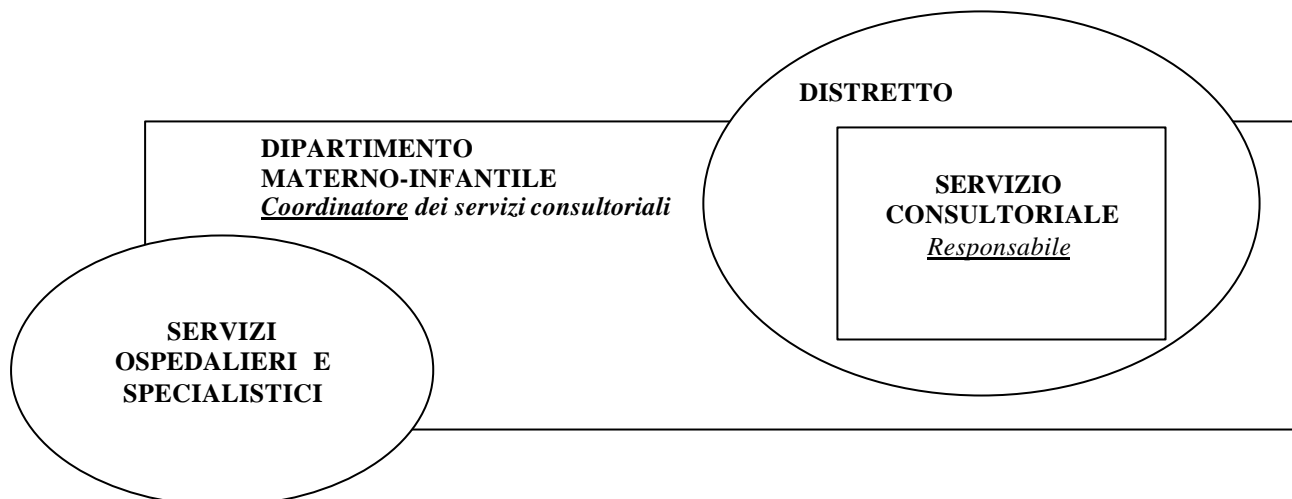


#### **D.4) Rete dei Consulteri**

- Identificazione di un coordinamento funzionale a livello distrettuale e di ASL per le attività consultoriali all'interno del Dipartimento Materno Infantile;
- ridefinizione del numero e della attuale distribuzione delle sedi consultoriali per un più opportuno utilizzo delle risorse umane che garantiscano lo sviluppo di progetti operativi condivisi all'interno del Dipartimento Materno Infantile;
- formazione permanente e su progetti per gli operatori, in particolare per quelli provenienti dalla mobilità ospedaliera;
- adozione di un omogeneo sistema di rilevazione dei dati di attività che tramite l'utilizzo di indicatori identificati a livello regionale, permetta confronti e valutazioni;
- razionalizzazione delle attività di routine;
- attivazione di programmi su attività di iniziativa;
- integrazione nelle attività degli operatori con competenze psicologiche, sociali e sanitarie sia per la razionalizzazione del lavoro di routine che nelle attività di iniziativa;
- promuovere modalità di lavoro e attività coordinate e integrate tra gli operatori dei consultori e quelli sociali degli altri servizi territoriali relativamente alle politiche di sostegno alle famiglie e alla genitorialità (Centri per le Famiglie e l'Età Adulta, Mediazione familiare, Prestiti d'onore), proprie della progettualità degli enti locali come previsto nel Piano Sociale Regionale;
- motivazione del personale attraverso condivisione di metodi, protocolli, linee guida con il frequente uso della autoformazione, anche attraverso periodiche giornate di confronto dipartimentale, aziendale o interaziendale. Inoltre andranno previsti protocolli di collaborazione con percorsi preferenziali per gli/le utenti che garantiscano l'accesso alle prestazioni di II livello.

#### **FUNZIONI**

- A livello distrettuale il responsabile funzionale delle attività consultoriali cura l'integrazione tra gli indirizzi del Dipartimento materno infantile e le attività svolte sul territorio, supportando il responsabile di distretto a garantendo la funzione di assistenza e di presa in carico globale e, se necessario, di invio ai servizi specialistici di diagnosi e cura con accessi e percorsi facilitati per:
  - la salute della donna e della coppia;
  - il controllo della fertilità;
  - il percorso nascita;
  - la salute sessuale;
  - la prevenzione dei tumori dell'apparato genitale femminile;
  - la prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse;
  - le relazioni di coppia e di famiglia;
  - medicina preventiva in età evolutiva;



#### **D.5 ) Servizi territoriali per la riabilitazione e la salute mentale in età evolutiva**

- Costituzione di un'Area per la riabilitazione e la salute mentale in età evolutiva all'interno del Dipartimento Materno Infantile; ove si opti, in sede aziendale per affidare questa materia al Dipartimento Salute Mentale vanno assicurati i collegamenti funzionali con il dipartimento Materno infantile, la pediatria di base e le altre competenze specialistiche necessarie per un approccio globale;
- attivazione di servizi territoriali specifici per la riabilitazione e la salute mentale in ogni Azienda, prevedendo la istituzione e/o lo sviluppo di strutture semiresidenziali (centri diurni) e/o residenziali in base alle necessità delle singole aziende;
- attivare integrazioni funzionali intra e interaziendali con punti nascita di I e II livello, TIN, reparti di pediatria e servizi specialistici ospedalieri;
- stipula di protocolli di intesa per promuovere la sinergia di interventi e la collaborazione con le istituzioni scolastiche e le agenzie sociali (Provveditorato, Comuni, volontariato, terzo settore);
- attivazione delle Unità di Valutazione Multidisciplinare per l'età evolutiva in ogni azienda per assolvere ai compiti previsti dalla L.104;
- adozione di programmi di aggiornamento e di formazione professionale a livello regionale per gli operatori di questa area;
- stesura di modelli operativi ed organizzativi condivisi a livello aziendale al fine di permettere una efficace messa in rete dei servizi esistenti senza moltiplicare o disperdere gli interventi;
- omogeneizzazione dei modelli operativi a livello regionale.

#### **FUNZIONI**

- Servizi riabilitazione e salute mentale età evolutiva: svolgono funzioni preventive, diagnostiche, terapeutico-riabilitative, rivolte a bambini ed adolescenti con disturbi di natura neuropsicologica, psicopatologica, neurologica, motoria e sensoriale.  
 Garantiscono le seguenti attività e competenze specialistiche:
  - neurologia dell'età evolutiva;
  - psicopatologia dell'età evolutiva;



- neuropsicologia dell'età evolutiva;
- Day Hospital;
- comunità diurne e residenziali per adolescenti.

Ogni Servizio è dotato di una équipe multidisciplinare (neuropsichiatri infantili, neuropsicologi, psicologi dell'età evolutiva, psicoterapeuti, terapisti della riabilitazione, psicomotricisti, logopedisti, assistenti sociali, educatori) e rappresenta il punto di riferimento aziendale per:

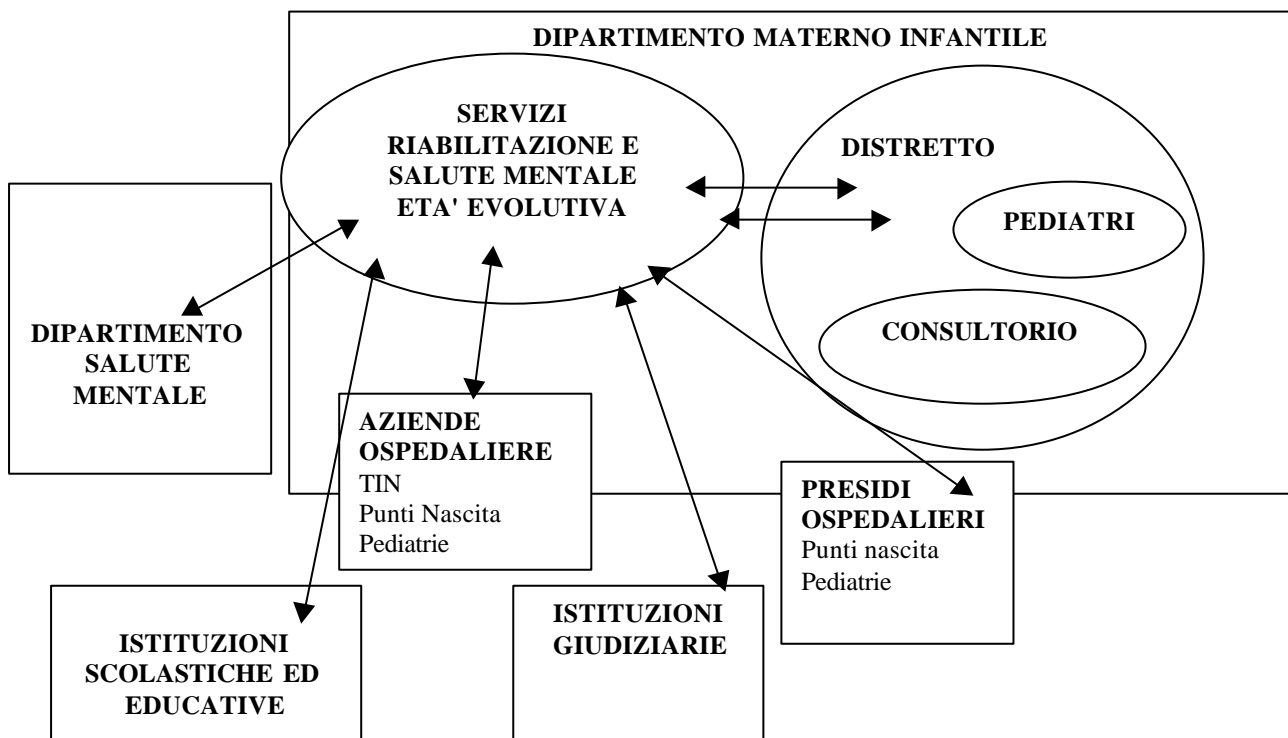
definire e valutare progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati;

attivare consulenze specialistiche;

assicurare il collegamento con le altre strutture socio-sanitarie e con le istituzioni educative, di volontariato, scolastiche e giudiziarie;

partecipare all'attuazione della L.104/92 e all'attivazione dell'Unità Valutativa Multidisciplinare;

fornire consulenza specialistica ai servizi integrativi o sostitutivi della famiglia.



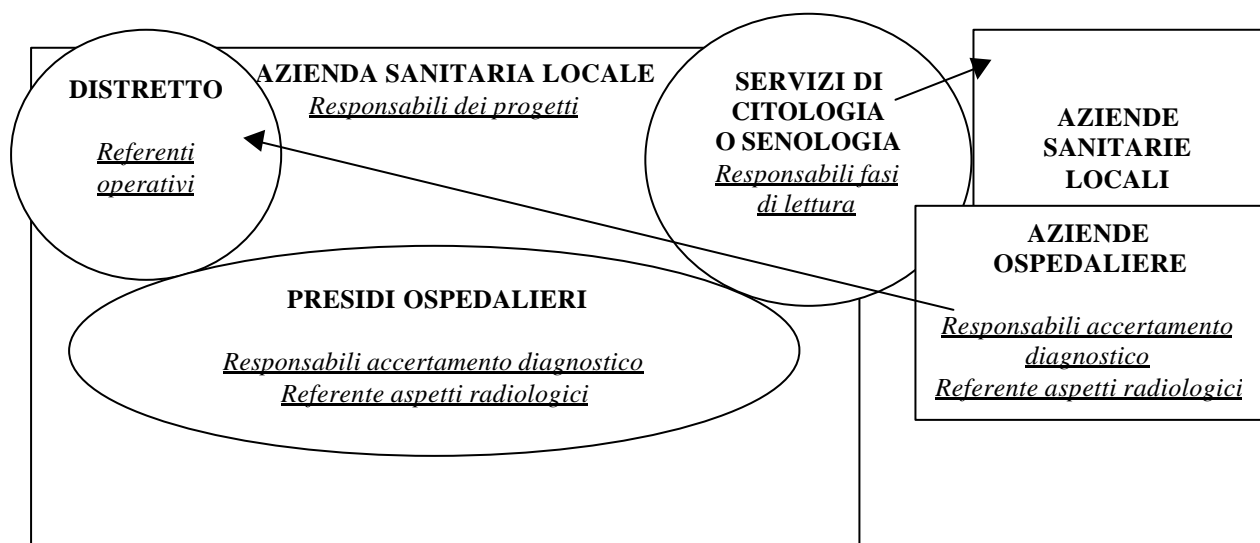
#### D.6) Screening dei tumori dell'apparato genitale femminile

- Mettere in atto i programmi in base alle indicazioni ed ai criteri, anche di controllo di qualità e di valutazione, stabiliti dal coordinamento regionale (D.G.R. 9001/92 e 4885/96) e dalle linee guida della commissione oncologica nazionale (G.U. 1/6/96);
- stabilire percorsi diagnostico-terapeutico-riabilitativi ed organizzativi, concordati a livello di aziende e a livello regionale per garantire uniformità di accesso e di prestazione su tutto il territorio regionale, prevedendo il follow-up delle utenti positive allo screening;

- prevedere momenti di formazione ed aggiornamento a livello regionale per tutte le figure professionali coinvolte nelle screening a garanzia della buona qualità delle prestazioni, favorendo anche incontri periodici di confronto sia nelle ASL che a livello interaziendale;
- organizzare incontri sia con i Medici di Base, sia con gruppi di popolazione, associazioni di volontariato, istituzioni e mondo del lavoro per la pubblicizzazione dei programmi e la valutazione dei risultati, per aumentare l'adesione alle campagne
- adeguare:
  - le unità dedicate di personale in modo da permettere la presenza della attività di screening in tutte le realtà regionali;
  - le dotazioni strumentali diagnostiche in modo da garantire la qualità delle prestazioni;
  - le strumentazioni informatiche in modo da avere risposte omogenee e poter valutare e confrontare i risultati a livello regionale;
- prevedere una convenzione con i ginecologi e i centri privati per permettere il loro coinvolgimento all'interno dello screening.

## FUNZIONI

- Regione: Coordinamento regionale per gli indirizzi organizzativi, nucleo di valutazione epidemiologica per la valutazione e il confronto interaziendale;
- Aziende sanitarie locali: sono le dirette titolari dei programmi di screening, è individuato un referente aziendale per ognuno dei programmi, devono istituire un nucleo epidemiologico per la raccolta elaborazione dei dati e per la valutazione dei programmi, devono predisporre linee guida organizzative e anche diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, condivise a livello regionale, con precisazione dei percorsi preferenziali per le donne positive al test;
- Distretti: a loro è deputata la organizzazione del prelievo per lo screening della cervice, all'interno delle attività consultoriali, individuando referenti operativi;
- Servizi di citologia e senologia: ad essi è dovuta la lettura dei vetrini per lo screening cervico-vaginale e la effettuazione del primo test di screening per la mammografia, oltre che i controlli interni di qualità. Devono essere individuati anche a questo livello dei referenti;
- Presidi ospedalieri e Aziende Ospedaliere: garantire la prestazione di approfondimento diagnostico nell'ambito dei programmi di screening e il ritorno delle informazioni.



## **E) SISTEMI OPERATIVI TECNICO SPECIFICI**

Conseguentemente a quanto dichiarato nel PSR 1999-2001, anche i professionisti che concorrono a promuovere la salute della donna e dell'età evolutiva sono chiamati ad adottare sistemi operativi tecnico specifici basati sui criteri di efficacia, appropriatezza e sostenibilità per le risorse del sistema.

Essendo chiaro che gli operatori di una organizzazione professionale quale la Sanità devono godere di opportuni margini di autonomia professionale e di discrezionalità operativa, e che peraltro potrebbe essere disfunzionale arrivare ad una rigida codificazione dei processi di lavoro, si tratta di favorire l'adesione a pratiche professionali opportunamente connotate dai criteri sopra richiamati.

Quindi linee guida e non protocolli.

Su questo terreno di lavoro c'è un ampio consenso, ma c'è molto da fare per arrivare a definire le linee guida di cui ha bisogno il servizio sanitario regionale e far sì che queste possano orientare l'attività dei professionisti e aumentare lo stato di salute dei cittadini.

I principali problemi da affrontare nel triennio riguardano:

- la manutenzione delle conoscenze e capacità professionali, attraverso opportuni interventi formativi, in modo tale da elevare la preparazione media dei professionisti e metterli nelle condizioni di partecipare attivamente e di poter recepire, in piena consapevolezza le indicazioni proposte dalle linee guida;
- il bilanciamento delle competenze presenti in sede di elaborazione delle linee guida: essendo noto che le strategie in sanità derivano da pressioni di singoli gruppi di professionisti o di specifiche società professionali, è opportuno che nella stesura delle stesse (o come criterio di verifica in sede di loro recepimento) siano valorizzate maggiormente quelle che derivano da apporti multiprofessionali e che hanno previsto negli staff di lavoro la presenza di epidemiologi, medici di sanità pubblica ed economisti sanitari;
- la sostenibilità economica delle proposte: al di fuori di qualsiasi logica incrementale, una buona linea guida, deve indicare oltre alle cose da fare, anche quelle da non fare più, perché obsolete o di dimostrata inefficacia;
- la applicazione delle proposte: lo scarso recepimento avuto dalla linee guida regionali in materia di gravidanza fisiologica, elaborate con ampio supporto metodologico e vasta rappresentazione delle diverse professionalità, ci mette nella condizione di dover colmare il divario tra le intenzioni predicate e gli atti praticati, con opportuni provvedimenti per l'adozione e l'implementazione.

### **La Regione:**

- valida le linee guida nel rispetto dei criteri sopra definiti, dando la priorità all'applicazione di quanto previsto in materia dal PSN;
- si avvale di collaborazioni sul piano metodologico (progetto TRIPS, etc.);
- cura la disponibilità delle competenze (in particolare per l'economia sanitaria) necessarie per l'eventuale redazione di linee guida regionali.

## **F) SISTEMI OPERATIVI PER L'APPROPRIATEZZA GESTIONALE**

Per l'area della salute della donna e del bambino, le Aziende e la sanità regionale in senso lato, dispongono di consistenti risorse umane, finanziarie, tecnologiche ed edilizie.

L'attivazione dei dipartimenti materno infantili, le integrazioni organizzative e funzionali intra ed interaziendali, la ridondanza dei punti nascita attuali in base alle indicazioni del P.O. nazionale e del presente Atto di indirizzo, connotano questa area di attività come una area in cui vanno effettuate sostanziali razionalizzazioni, tali da liberare risorse che permettono di realizzare gli obiettivi previsti e, del tutto verosimilmente, di liberare risorse per altre aree di attività.

La verifica della appropriatezza gestionale nelle nuove condizioni operative sopra richiamate rappresenta un compito specifico delle direzioni aziendali, di dipartimento e di servizio.

### **F.1) Attribuzione e gestione delle risorse**

Vanno adeguatamente utilizzati:

- i finanziamenti ministeriali di parte corrente derivanti dalla applicazione della L.34/96 per i progetti presentati dalle Aziende Sanitarie umbre;
- i finanziamenti collegati con i quattro progetti obiettivo del PSN (Screening, Liste d'attesa, Assistenza Domiciliare Integrata e Salute Mentale) che in parte ricadranno direttamente nell'area e in (gran parte dovrebbero apportare benefici al sistema aziendale nel suo complesso) in relazione agli anni 1999-2000.

### **F.2) Sistemi di contabilità**

Le aziende sanitarie e l'Assessorato avvalendosi dei sistemi di contabilità economico - patrimoniale e analitica determinano i costi attribuibili ai servizi chiamati a realizzare il presente atto di indirizzo in modo da poter effettuare analisi costi - efficacia e costi efficienza e comparazioni tra servizi regionali e/o di altre regioni.

### **F.3) Valutazione di processo e di esito**

Quanto stabilito dal presente atto di indirizzo dovrà essere applicato dalle Aziende Sanitarie Umbre. Per la valutazione di processo e di risultato, verificabile tramite il riscontro del raggiungimento degli obiettivi annuali con gli standard indicati per gli anni di vigenza del Piano, sarà costituito a livello regionale un apposito Gruppo di lavoro con la presenza di delegati delle direzioni aziendali.

Sarà attivato un tavolo di consultazione con il Centro Pari Opportunità per avere pareri su:

- accessibilità di definiti percorsi assistenziali (gravidanza fisiologica; screening dei tumori femminili per la fase di approfondimento diagnostico e terapeutico; sessualità e procreazione consapevole);
- programma di osservazione epidemiologica sulla salute della donna.

### **F.4) Accredimento strutturale e professionale e formazione continua**

In base anche alla normativa nazionale, i centri umbri dovranno essere accreditati nei tempi indicati e secondo le modalità previste. Tale esigenza è quanto mai sentita particolarmente in alcuni settori, quali la diagnostica prenatale, la citologia, i punti nascita, le UTIN. Ciò anche nell'ottica di aprire nuovi possibili orizzonti di assistenza, quali per esempio la possibilità di implementare centri per la sterilità di coppia con possibilità di effettuare, anche se in un futuro magari non immediato, tecniche di fecondazione assistita.

Tutti i servizi devono, secondo standard nazionali e internazionali ormai condivisi ma che nell'ottica di quanto detto sopra andrebbero organicamente riproposti in modo unico e condiviso, per rispondere a precisi requisiti di attività e di dotazioni e soprattutto di formazione ed aggiornamento del personale, per garantire qualità e appropriatezza di prestazioni. Tali programmi formativi dovranno essere previsti nei Piani attuativi delle aziende ed anche a livello regionale, per tutte le figure professionali coinvolte.

#### **F.5) Supporti conoscitivi: epidemiologia, sistema informativo, ricerca**

F.5.1) La conoscenza della situazione reale di partenza, nonché il monitoraggio costante e tempestivo dei fenomeni, è presupposto basilare per qualsiasi seria e corretta attività di programmazione sanitaria. Già in fase di stesura di questo atto di indirizzo programmatico è emersa, sentita da più parte, la necessità di ridefinire le modalità di raccolta, elaborazione e rendicontazione dei dati riguardanti l'intera area. E' opportuno sottolineare che tutti i progetti e i settori in cui l'area si può suddividere, vanno controllati e vanno inseriti in un sistema informatico completo e uniforme sul territorio regionale, cosa che sola può permettere confronti e valutazioni su scala regionale.

Dovranno essere costruite base line di partenza (vedi obiettivi di salute), ridefiniti flussi (CEDAP), definiti sistemi informativi con collegamenti in rete (screening) con possibilità di linkage con altre fonti informative, soprattutto andranno definiti modalità di monitoraggio e controllo per la valutazione dei singoli progetti.

F.5.2) La ricerca finalizzata regionale, per gli anni 2000 e 2001, anche in questo specifico settore sarà orientata a coniugare sviluppo della ricerca applicata ed innalzamento dei livelli assistenziali.

E' intenzione della Regione prevedere finanziamenti per la ricerca finalizzata alla programmazione sanitaria, indirizzata su determinati filoni e problematiche ritenute prioritarie per l'assistenza sanitaria umbra.

L'oggetto della ricerca finalizzata per l'anno 2000 sarà rappresentato dall'analisi epidemiologica sulla salute della donna in Umbria.

Nel 2001 sarà oggetto di ricerca finalizzata la verifica di qualità dei servizi territoriali per la riabilitazione e la salute mentale in età evolutiva.

### **G) MANUTENZIONE DEI CLIMI ORGANIZZATIVI E GESTIONE DEI RUOLI ESTERNI**

Per garantire risultati in termini di efficacia e di qualità delle prestazioni, i singoli professionisti si devono sentire coinvolti a pieno titolo nella organizzazione del lavoro, responsabili delle proprie azioni e motivati nel perseguimento di obiettivi di qualità da raggiungere, non in termini individualistici, ma con un forte senso di lavoro di gruppo, di integrazione e di partecipazione alle scelte programmatiche.

#### **G.1) Clima interno**

E' indispensabile prevedere

- possibilità di scambi di opinioni con tutti i professionisti, gli operatori sanitari e amministrativi coinvolti nei vari processi di assistenza o di organizzazione dei servizi e attività
- che le rappresentanze delle professionalità partecipino ai momenti formali consultivi e decisionali (Consigli di Dipartimento, riunioni di servizio, ecc.)
- sistemi premianti che motivino gli operatori.

## G.2) Ruoli esterni

Presupposto basilare per il raggiungimento completo degli obiettivi di questo atto di indirizzo è il coinvolgimento e la completa integrazione delle varie figure professionali coinvolte del mondo sanitario, del mondo sociale, ma anche degli enti locali, delle associazioni di volontariato, del terzo settore, della Scuola, della Provincia, e di tutte le figure che a vario titolo e a vario livello possono aiutare al raggiungimento degli obiettivi di salute prefissati.

All'interno dell'atto di volta in volta sono stati indicate le figure chiave e gli organismi da coinvolgere a pieno titolo nella fase di progettazione e di realizzazione delle attività, facendo nel contempo chiarezza sulla delimitazione delle specifiche aree di intervento, nel rispetto preciso dei ruoli e delle competenze.

## H) CALENDARIO DEGLI IMPEGNI PER IL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PIANO

1) Entro il primo anno:

- **Sistema di raccolta dei dati relativi all'area materno infantile:** mettere a punto la rete di rilevazione dati, attivando flussi specifici per le problematiche scoperte
- **Gruppi di lavoro regionali interaziendali e multidisciplinari:** loro istituzione per la definizione dei percorsi integrati e dei sistemi di indicatori per le materie del progetto
- **Dipartimento Materno Infantile:** istituzione dei Dipartimenti Materno Infantile in tutte le Aziende
- **Percorso nascita:** stesura del programma di riorganizzazione dei punti nascita, utilizzazione (e quindi implementazione) di protocolli comuni già definiti, come quello per la gravidanza fisiologica
- **Rete dei Consulteri:** adeguare la rete dei consultori, individuando anche livelli di coordinamento funzionale a livello di distretto e di ASL, in seno al Dipartimento Materno Infantile
- **Servizi territoriali per la riabilitazione e la salute mentale in età evolutiva:** predisporre modelli operativi e organizzativi condivisi per tali servizi e le UVM previste dalla L.104
- **Screening dei tumori dell'apparato genitale femminile:** attivazione dei programmi in tutte le Aziende Sanitarie, con la definizione dei percorsi organizzativi e diagnostico-terapeutico-riabilitativi integrati e con il completamento delle strumentazioni tecniche e informatiche necessarie.

2) Entro il secondo anno:

- **Sistema di raccolta dei dati relativi all'area materno infantile:** messa a regime dei flussi e loro sperimentazione con prime elaborazioni e valutazioni
- **Dipartimento Materno Infantile:** completa attivazione dei Dipartimenti
- **Percorso nascita:** predisposizione di linee di indirizzo per l'organizzazione del trasporto perinatale e per le altre tematiche indicate, con particolare riferimento agli standard organizzativi e assistenziali che permettano l'applicazione del piano di riorganizzazione dei punti nascita e l'attivazione di forme alternative di assistenza alla gravidanza, prevedendo particolarmente l'integrazione tra servizi territoriali e ospedalieri
- **Rete dei Consulteri:** adeguare il personale agli standard previsti, elaborare un sistema informatizzato e predisporre una lista di indicatori da utilizzare per la valutazione

- **Servizi territoriali per la riabilitazione e la salute mentale in età evolutiva:** messa in rete dei servizi esistenti o da istituire (sia territoriali, che residenziali e semiresidenziali), adeguamento del personale per le varie specificità professionali, svolgimento di attività di aggiornamento e attivazione delle UVM di cui alla L.104
- **Screening dei tumori dell'apparato genitale femminile:** messa a regime dell'attività di screening con la loro valutazione utilizzando gli indicatori prodotti e convalidati dal Coordinamento regionale screening.

3) Entro il terzo anno:

- Sistema di raccolta dei dati relativi all'area materno infantile: eventuale aggiustamento dei percorsi informatici e valutazioni
- Dipartimento Materno Infantile: adeguamento completo dell'organizzazione dipartimentale agli standard previsti e valutazione di qualità dell'assistenza erogata
- Percorso nascita: verifica del piano di riorganizzazione dei punti nascita sulla base dei criteri di accreditamento dettati dalla normativa nazionale. Uso di protocolli comuni e condivisi sia organizzativi che diagnostico terapeutici riabilitativi. Valutazione dei risultati raggiunti dallo svolgimento delle singole azioni
- Rete dei Consultori: completamento dell'organizzazione della rete consultoriale e valutazione dei progetti
- Servizi territoriali per la riabilitazione e la salute mentale in età evolutiva: completamento della messa in rete dei servizi, stendendo anche protocolli operativi condivisi, attività di aggiornamento
- Screening dei tumori dell'apparato genitale femminile: raggiungimento degli standard previsti per garantire la efficacia e la alta qualità dei programmi offerti su tutto il territorio regionale.

### 5.2.3. LOTTA ALLE NEFROPATIE

#### A) CORNICE

La situazione regionale, relativamente al capitolo dei pazienti dializzati e delle patologie collegate è ben illustrata dal “Registro Umbro di Dialisi e Trapianto” (RUDT) nato nel 1993 con un progetto finalizzato dell'Assessorato alla Sanità della Regione Umbra, ufficializzato in data 16.6.1997 e che ha raggiunto il quinto anno di attività con la raccolta dei dati 1998; attualmente il RUDT è in fase di ristrutturazione sia per quello che riguarda la distribuzione dei dati sia per quello che riguarda la elaborazione statistico – epidemiologica, in modo da avere sempre in tempo reale la situazione e da poter distribuire aggiornamenti, tabelle (e quant'altro possa essere utile alla uniformità dei dati) a tutti i potenziali utilizzatori (operatori e associazioni) in maniera assolutamente trasparente ed automatica.

I centri dialisi umbri (che partecipano tutti alla raccolta dei dati del registro) sono riportati nella tabella seguente:

Centro Responsabile	Tipo centro	Aggregato a:	Posti letto degenza	Posti letto dialisi	Ambulatorio nefrologico	Reperibilità 24 ore med/inf	Si avvale di consulenza nefrologica ore/sett
Foligno Prof Timio	Autonomo		10	19	si	med/inf	
Spoletto	CAD	Nefrologia Foligno		12	si	a Foligno	
Citta' di Castello Dr. Giombini	Autonomo	Medicina Castello		12	si	med/inf	
Marsciano Dr. Vannini	Autonomo	Medicina Marsciano		7	no	No	18
Gubbio Dr. Parise	Autonomo	Medicina Gubbio		6	no	No	15
Orvieto Dr. Aloisio	Autonomo		4	10	si	med/inf	
Terni Prof. Matocci	Autonomo		8	23	si	med/inf	
Amelia	CAD	Nefrologia Terni		6		a Terni	
Perugia Prof. Buoncristiani	Autonomo		20	38	si		

Dalla tabella si nota che solo quattro centri di Nefrologia e Dialisi sono autonomi (Perugia, Terni, Foligno, Orvieto), due sono ad assistenza decentrata (con presenza di medico ad ogni seduta) (Amelia, Spoleto), tre sono aggregati ad un reparto di medicina (Marsciano, Gubbio e Città di Castello), ma solo l'ultimo di essi è sostanzialmente autonomo per quello che riguarda la attività nefrologica e dialitica (ambulatorio specialistico, reperibilità 24 ore su 24 etc).

La dotazione di posti letto regionali per la degenza nefrologica è di circa 42 posti (più alcuni siti nelle varie medicine); la disponibilità di posti letto per la dialisi è di 133.



In Umbria è attivo anche un centro trapianti presso l'Azienda Ospedale di Perugia. Dal 1988 (anno in cui è stato effettuato il primo trapianto), ne sono stati effettuati 138 così distribuiti a secondo delle zone di provenienza.

ZONA	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	Total
1 ALTA VALLE TEVERE				1	2	2	1	1	1	1	2	11
10 ORVIETANO					2		1			1	1	5
11 BASSA VALLE TEVERE			1	2		1		1		1		6
12 CONCA TERNANA		2		2	1	5	2	2	1	5	1	21
2 ALTO CHIASCIO				1		2		2		1		6
3 PERUGINO	2		2	2	3	2	6	1	3	5	1	27
4 VALLE UMBRA NORD	1		1	2		1			1		2	8
5 VALLE UMBRA SUD	1	2	1		1	2			4	3		14
6 TRASIMENO			2	1		1				1		5
7 MEDIA VALLE TEVERE					1				2	2		5
8 SPOLETINO		1	1	1			2	1				6
9 VALNERINA							1					1
99 FUORI REGIONE		2	1	3		3	1	2		2	9	23
<b>Totale complessivo</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>19</b>	<b>14</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>22</b>	<b>16</b>	<b>138</b>

E' da notare che ben 23 pazienti su 138 provenivano da fuori regione; ciò nonostante l'Umbria ha un saldo negativo poiché ben 42 pazienti sono stati trapiantati nello stesso periodo in strutture fuori regione (9 all'estero).

Per quello che riguarda la dialisi i dati dimostrano un continuo incremento di pazienti con incidenza e prevalenza **superiori** alle medie nazionali.

## Pazienti dializzati al 31/12 di ogni anno

Sede	Sede	1993	1994	dif 94	1995	dif 95	1996	dif 96	1997	dif 97	1998	dif 98
Città di castello	1	35	40	5	48	8	52	4	51	-1	50	-1
Gubbio	2	8	13	5	19	6	19	0	21	2	22	1
Marsciano	3	8	8	0	8	0	10	2	14	4	26	12
Perugia	5	142	140	-2	157	17	166	9	172	6	184	12
Spello-Foligno	6	102	107	5	116	9	123	7	117	-6	114	-3
Provincia Perugia		295	308	13	348	40	370	22	375	5	396	21
Terni	7	112	124	12	128	4	136	8	119	-17	118	-1
Orvieto	4	36	33	-3	28	-5	30	2	29	-1	29	0
Provincia Terni		148	157	9	156	-1	166	10	148	-18	147	-1
Totale complessivo		443	465	22	504	39	536	32	523	-13	543	20
Prevalenza (N) per milione di abit		541	568		616		655		639		664	
Incidenza Nuovi paz/anno/milione		133,21	139,32		175,98		147,873		144,207		155,206	

Attualmente tutti i pazienti bisognosi di trattamento sono dializzati in centri umbri senza ricorrere a strutture extra regionali. I dati dimostrano tuttavia che senza una riorganizzazione dei centri dialisi, in attesa che siano stabilite regole precise per l'accreditamento, ci si potrà trovare in tempi molto rapidi al completo collasso delle strutture incapaci di accogliere ulteriormente pazienti bisognosi di emodialisi. E' infatti facilmente dimostrabile che il numero di pazienti trattati è superiore a quello che i posti letto dialisi permetterebbero; lo iato è colmato con il ricorso alla dialisi domiciliare, che diventa quindi una delle soluzioni da razionalizzare ed incentivare ulteriormente, nell'ambito di una scelta libera, informata e consapevole del pz. assistito.

Solo in quattro centri si effettua dialisi domiciliare sia essa extra corporea e/o peritoneale (Perugia, Città di Castello, Foligno, Terni); ciò nonostante la prevalenza di dialisi domiciliare sul totale dei trattamenti dialitici è pari a circa il 19% e quindi superiore a quella richiesta dal vecchio piano sanitario nazionale. Anche in questo l'Umbria si pone tra le regioni più attente alle esigenze dei pazienti e della società' offrendo la più ampia gamma possibile di trattamenti personalizzati. L'età media dei pazienti trattati al momento dell'ingresso in dialisi non ha subito grandi modificazioni negli anni considerati, ciò potrebbe voler dire che non è stato fatto abbastanza per controllare la velocità della progressione della malattia verso la dialisi. Questa ipotesi potrebbe essere confermato dal fatto che solo un paziente su tre è stato seguito regolarmente dal nefrologo prima dell'ingresso in dialisi.

## Media di età nuovi pazienti

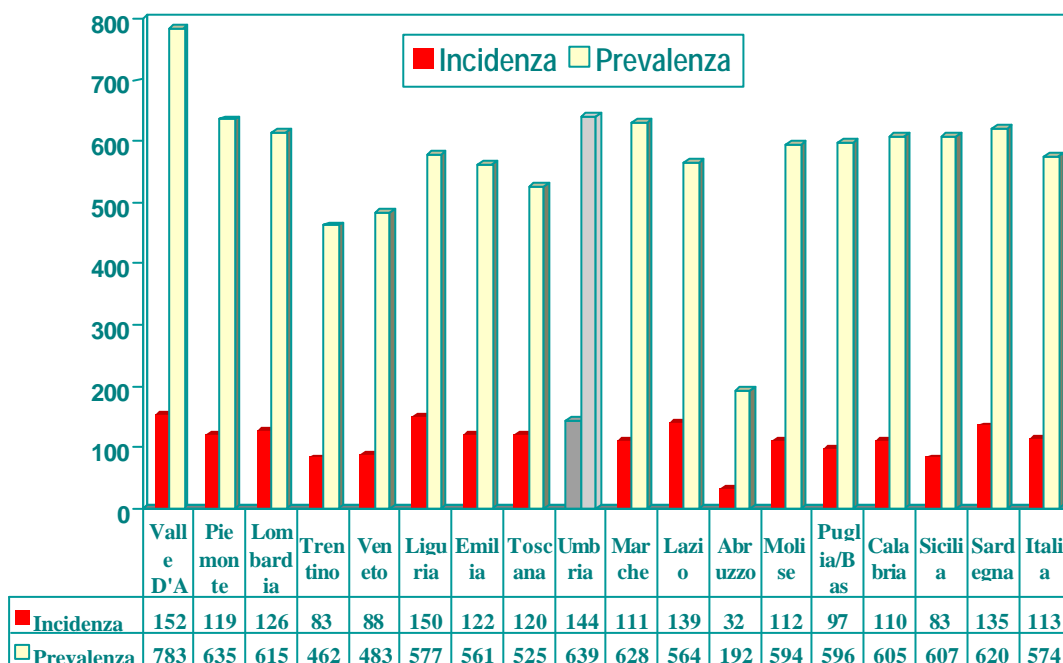
SESSO	1994			1995			1996			1997			1998		
	F	M	Totale	F	M	Totale	F	M	Totale	F	M	Totale	F	M	Totale
Emod.	67,30	62,03	64,40	59,34	59,14	59,22	67,10	59,22	62,61	62,92	63,29	63,14	62,52	65,13	64,15
Perit.	66,24	67,23	66,83	67,45	66,75	67,14	72,71	66,43	69,12	70,50	73,10	71,80	68,80	71,60	70,64
Totale	66,83	64,55	65,53	62,00	60,66	61,24	69,37	62,14	65,25	64,50	64,77	64,66	63,73	66,46	64,69

L'elevata percentuale di pazienti che giungono alla dialisi con una diagnosi sconosciuta - e cioè troppo tardi perché possa essere intrapreso un iter diagnostico corretto per la individuazione della malattia di base – rileva le carenze di interfaccia tra domanda ed offerta di assistenza.

**Cause di ingresso in dialisi (Pazienti entrati in dialisi dal 1.1.1994):**

DIAGNOSI	Totale
SISTEMICHE	6,25%
DIABETE	9,36%
NEFR. EREDIT	10,31%
ALTRE	10,94%
VASCOLARI	11,56%
NEFR. INTERST.	15,31%
SCONOSCIUTE	18,13%
GLOMERULONEFRITI	18,13%
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>100,00%</b>

Si riportano infine, a titolo di paragone, i dati del registro nazionale di dialisi e trapianto con dati riferiti al 1997 ultimo anno di cui sia disponibile la raccolta dei dati a livello nazionale con dati inerenti prevalenza, incidenza.



**B) I PROBLEMI DI SALUTE**

Nell'ambito della predisposizione del presente atto di indirizzo programmatico generale, assumono rilievo i seguenti problemi di salute:

- il continuo aumento dell'incidenza dei casi di uremia terminale in Italia in generale e nella Regione Umbria in particolare, con conseguente aumento del divario tra risorse disponibili e necessità assistenziali;
- la elevata comorbilità associata alla uremia terminale con risultante aumento dei tassi di ospedalizzazione;
- l'alta mortalità dei pazienti in terapia dialitica;
- il costo elevato a carico del SSR della terapia sostitutiva della fase terminale delle malattie renali;
- la possibilità, di prevenire e/o ritardare l'arrivo del paziente nefropatico alla terapia sostitutiva e che consiste nella dialisi o nel trapianto d'organo;
- le nefropatie, come malattie invalidanti e le relative conseguenze per il paziente stesso, per i familiari e per il servizio sanitario.

### **C) OBIETTIVI DI SALUTE**

- Riduzione della incidenza di uremia terminale nella regione;
- riduzione della mortalità dei pazienti in trattamento dialitico;
- miglioramento della qualità della vita dei pazienti in trattamento dialitico;
- aumento del numero di trapianti renali.

### **D) ASSETTI ORGANIZZATIVI GENERALI**

Fatte salve le ulteriori puntualizzazioni che deriveranno dalla applicazione della legge 229/99 alla normativa regionale, si forniscono le seguenti indicazioni di carattere generale sugli assetti organizzativi.

La implementazione, nella erogazione assistenziale, degli interventi di prevenzione e terapia prevederà un loro inserimento nella realtà organizzativa delle strutture dipartimentali.

Solo queste possono infatti fornire la necessaria interdisciplinarietà indispensabile ai diversi momenti di prevenzione e terapia.

Il consultorio genetico parteciperà alla fase di prevenzione delle malattie eredo famigliari con tutto il supporto diagnostico e psico sociologico necessario.

Le unità di medicina vascolare opereranno in stretto contatto con il nefrologo nella prevenzione della evoluzione delle malattie vascolari renali.

I servizi di diabetologia opereranno di concerto con le unità nefrologiche nella prevenzione della evoluzione della nefropatia diabetica.

I servizi dietetici forniranno il loro contributo ai diversi livelli della assistenza nefrologica, anche tramite eventuale integrazione, nelle U.O di nefrologia e dialisi a più alta densità assistenziale, della competenza di dietista renale.

La cooperazione tra diverse unità specialistiche sarà anche mirata a fornire tempestivamente informazioni circa le previsioni di attesa di trattamenti sostitutivi, informazioni che ancora giungono ai centri nefrologici solo in misura relativa e frammentaria.

Per quanto riguarda l'assistenza ai pazienti affetti da patologie renali croniche, in particolare se necessitanti di terapie sostitutive, i servizi di diagnosi e cura collaboreranno nell'individuazione dei

trattamenti con i servizi di assistenza sociale delle aziende territoriali. Questo al fine di individuare il trattamento più appropriato per le condizioni socio-ambientali del paziente e di non caricare i servizi ospedalieri di attività socio-assistenziali improprie.

L'attività di trapianto è riservata alle strutture ad alta specializzazione autorizzate.

Di seguito vengono fornite le indicazioni per :

- - l'articolazione delle attività nefrologiche;
- - la integrazione delle competenze tra aziende ospedaliere e aziende territoriali.

#### **D.1) Articolazione delle attività nefrologiche**

Il paziente ha:

- il diritto di conoscere il tipo di trattamento terapeutico indicato dallo specialista nefrologo e di dividerlo attraverso un processo di consenso informato;
- il diritto ad avere il miglior trattamento possibile - compatibilmente con le condizioni cliniche – e con la maggiore uniformità qualitativa tra le diverse strutture, chiamate ad operare sulla base di standard di qualità;
- il diritto ad avere una assistenza effettuata da personale qualificato (medici specialisti e infermieri esperti);
- il diritto a che il materiale di dialisi ed i presidi dietetici siano considerati alla stessa stregua di farmaci e che quindi siano soggetti alle stesse regole di una prescrizione farmaceutica, ovviamente a parità di rapporto costo – efficacia;
- il diritto a poter essere trattato nel luogo più vicino al proprio domicilio;
- il diritto a che sia accertata la qualità del trattamento erogato tramite indici e parametri facilmente individuabili, acquisibili e valutabili.

L'attività nefrologica nelle strutture dipartimentali è articolata su 4 livelli:

- Ambulatorio nefrologico;
- Unità operativa di nefrologia e dialisi;
- Servizio di dialisi;
- Day hospital nefrologico.

##### **D.1.1) Ambulatori nefrologici territoriali**

Vaste aree ed alcuni distretti della regione risultano ancora sprovvisti di ambulatori nefrologici. La istituzione di questi è compito specifico delle aziende territoriali che dovranno renderne omogenea nel territorio la distribuzione. Le aziende dovranno ispirarsi sia ai bacini di utenza che alla dislocazione geografica delle sedi al fine di rendere agevole l'accesso ai pazienti e di ridurre le liste di attesa.

Compiti degli ambulatori sono:

- stimolo e supporto alle attività di prevenzione primaria e secondaria delle nefropatie;
- rilevazione precoce della presenza di nefropatie necessitanti di approfondimento diagnostico presso le unità operative, tramite sistemi di sorveglianza attiva con i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli altri servizi in grado di fornire indicazioni valide sul piano della diagnosi precoce;
- trattamento dei fattori di rischio della progressione della insufficienza renale cronica sia con mezzi terapeutici che dietetici;
- proseguimento di monitoraggio e controllo di pazienti già inquadrati presso le unità operative.
- verifica della appropriatezza delle terapie in atto e supporto specialistico ai medici di famiglia.

I procedimenti diagnostico terapeutici dovranno avvenire secondo linee guida come specificato nel paragrafo E) del presente atto di indirizzo.

Gli ambulatori dovranno avvalersi di supporti specialistici interdisciplinari quali quello dietetico, cardiologico ed ecografico.

Dagli ambulatori dovranno pervenire le necessarie informazioni al RUDT onde programmare le necessità di terapia sostitutiva nei diversi territori.

#### **D.1.2) Unità operativa di nefrologia e dialisi**

Le indicazioni della letteratura scientifica individuano per le unità operative di nefrologia e dialisi ampi bacini di riferimento e le collocano negli ospedali della rete dell'emergenza.

Conseguentemente, nelle more dell'applicazione di quanto previsto dalla normativa nazionale in materia di accreditamento, nello specifico della situazione umbra queste unità sono previste presso le ASL 1 e 4 (per le particolari condizioni territoriali), presso la ASL n.3, nonché presso le due Aziende ospedaliere in convenzione e stretta collaborazione con le rispettive Aziende territoriali.

La loro collocazione in ambiti dipartimentali è finalizzata a garantire la piena utilizzazione degli specialisti nefrologi e delle risorse dedicate secondo criteri di appropriatezza gestionale, di costante stimolo al miglioramento della qualità assistenziale e delle capacità professionali, nonché alla integrazione funzionale con le altre aree specialistiche.

Le unità operative di nefrologia e dialisi assicurano la completezza del procedimento diagnostico terapeutico delle malattie renali acute e croniche durante l'arco delle 24 ore. A tal fine possono avvalersi di tutti gli strumenti diagnostico - terapeutici previsti nell'ambito delle organizzazioni dipartimentali. Il trattamento dialitico si svolge di norma durante le ore diurne.

La interdisciplinarietà dell'approccio diagnostico terapeutico verrà promossa a tutti i livelli dirigenziali, al fine di garantire al paziente il massimo livello assistenziale. Il trattamento dialitico sarà assicurato ai pazienti acuti (anche residenti in altri reparti ad alta intensità assistenziale) lungo tutto l'arco delle 24 h, con struttura dedicata.

Dovrà essere garantita una permanente disponibilità di un minimo di posti di degenza e di posti di dialisi per i pazienti nefropatici trattati presso i servizi di dialisi con particolari problemi non risolvibili in regime ambulatoriale o richiedenti una alta intensità assistenziale.

E' opportuno prevedere presso la U.O. funzioni di ambulatorio specialistico per supportare gli ambulatori territoriali nei casi di elevata complessità.

I procedimenti diagnostico terapeutici dovranno attenersi il più possibile ai criteri della buona pratica clinica e, ove concordate, verranno di norma adottate le linee-guida.

#### **D.1.3) Servizi di dialisi**

I servizi di dialisi sono preposti al trattamento dialitico cronico dei pazienti con uremia terminale; possono essere "autonomi" (compatibilmente con la loro collocazione in ambiti dipartimentali) o possono dipendere a loro volta da altri centri di dialisi (Centro di assistenza decentrata o limitata). I centri di assistenza decentrata o limitata dipendono dal responsabile della U.O. di nefrologia e dialisi o del centro di dialisi di riferimento, che ne assicurerà il corretto funzionamento e la eventuale selezione dei pazienti.

La loro attività si svolge nelle ore diurne.

Non sono previsti trattamenti per pazienti acuti.

Nei centri dialisi dovrà essere prevista la presenza di un ambulatorio nefrologico.

La dislocazione dei servizi dovrà essere tale da rispondere ai requisiti di agevole accesso dei pazienti delle varie aree riducendo al massimo i tempi di trasporto da e per il centro.

La programmazione del numero dei posti-dialisi sarà stabilita in base al bacino di utenza ed ai dati forniti dal RUDT, prevedendo, per quelli allocati presso le Aziende Ospedaliere, dotazioni atte a soddisfare il fabbisogno assistenziale del proprio bacino di ospedale di comunità, incrementato del 25-40% in modo tale da permettere l'assistenza di quei "pazienti complessi" che comunque non sono trattabili nei servizi di dialisi dell'Azienda territoriale di riferimento.

I pazienti trattati presso i servizi di dialisi non annessi alle unità operative di nefrologia e dialisi dovranno avere la garanzia di trattamenti qualitativamente uniformi a quelli trattati presso le suddette unità.

#### **D.1.4) Day hospital nefrologici**

Questi sono di norma attivati presso le unità operative di nefrologia e dialisi.

In relazione al bacino di utenza e alla disponibilità di strutture diagnostiche adeguate nelle sedi dei servizi di dialisi autonomi potranno essere attivati i day hospital nefrologici.

#### **D.2) Integrazione delle competenze tra aziende ospedaliere e aziende territoriali**

Le aziende ospedaliere e le aziende territoriali collaborano istituzionalmente alla creazione all'organizzazione ed all'adeguamento della rete dei servizi di prevenzione, diagnosi e terapia delle malattie renali.

Lo strumento organizzativo indicato dal piano è costituito da una rete integrata di servizi complementari tra aziende ospedaliere e aziende territoriali.

La integrazione delle prestazioni è determinata dai seguenti fattori: insistenza territoriale, competenze istituzionali e dotazione di risorse specifiche.

Mentre la naturale strutturazione delle aziende ospedaliere è rivolta alla diagnosi ed al trattamento delle specifiche condizioni morbose, la organizzazione a finalità socio-sanitarie delle aziende territoriali le predispone al supporto globale del paziente con patologia cronica invalidante.

Pertanto sono di specifica competenza delle aziende territoriali:

- informazione agli utenti sui servizi disponibili, la loro ubicazione e i meccanismi di accesso agli stessi;
- l'istituzione degli ambulatori nefrologici territoriali;
- l'individuazione delle aree sprovviste di ambulatori nefrologici e istituzione degli stessi in collaborazione con le U.O. di nefrologia e dialisi;
- l'organizzazione dei servizi di dialisi sul territorio;
- l'organizzazione logistica del trattamento domiciliare dei nefropatici cronici, in collaborazione con le U.O. di nefrologia e dialisi;
- il supporto di assistenza sociale dei pazienti in trattamento sostitutivo sia sul territorio che nelle aziende ospedaliere;
- diagnosi e cura delle nefropatie in collaborazione con le aziende Ospedaliere.

La competenza delle aziende ospedaliere si esercita su:

- diagnosi e cura delle nefropatie;
- trattamento dei pazienti nefropatici acuti;
- trattamento dei pazienti clinicamente complessi;
- trattamento sostitutivo dei pazienti del territorio di riferimento distrettuale dell'azienda;
- selezione, addestramento ed organizzazione clinico - strutturale del trattamento domiciliare dei nefropatici cronici in collaborazione con le U.O. di nefrologia e dialisi;
- formazione e aggiornamento del personale specializzato e dei medici di base.

Competenze comuni:

- istituzione di sistemi di controllo e verifica della qualità delle prestazioni erogate.

## **E) SISTEMI OPERATIVI TECNICO SPECIFICI**

Gli strumenti individuati al fine del raggiungimento degli obiettivi sono:

- la prevenzione primaria e secondaria;
- la ottimizzazione della terapia conservativa;
- una strutturazione del trattamento sostitutivo che risponda a requisiti di qualità e di equa distribuzione sul territorio;
- la accessibilità ai servizi dovrà essere facilitata non solo con la redistribuzione degli stessi, ma anche con una idonea informazione agli utenti sugli stessi.

La prevenzione primaria deve essere mirata alla eliminazione dei fattori di rischio noti e modificabili.

La prevenzione secondaria deve essere mirata alle patologie degenerative e dismetaboliche che nel loro corso coinvolgono il rene causando infine l'insufficienza renale (diabete e malattie vascolari).

La prevenzione precoce è anche mirata alle malattie renali ereditarie alcune delle quali hanno in Umbria una incidenza non trascurabile (rene policistico).

Sia nell'ambito della prevenzione delle malattie renali che del trattamento medico sia conservativo che sostitutivo saranno di riferimento le linee guida che la Regione valuterà come rispondenti ai seguenti criteri:

- rigorosa documentazione delle evidenze di efficacia;
- bilanciamento delle competenze presenti in sede di elaborazione delle linee guida: è opportuno che nella loro stesura (o come criterio di verifica in sede di validazione) siano valorizzate maggiormente quelle che derivano da apporti multiprofessionali e che hanno previsto negli staff di lavoro la presenza di epidemiologi, medici di sanità pubblica ed economisti sanitari, oltre a verificarne l'accettabilità da parte delle associazioni dei pazienti;
- sostenibilità economica delle proposte: al di fuori di qualsiasi logica incrementale, una buona linea guida, deve indicare oltre alle cose da fare, anche quelle da non fare più, perché obsolete o di dimostrata inefficacia;
- accurata previsione delle modalità di applicazione ed implementazione;
- parallela definizione della base formativa necessaria per l'aggiornamento delle conoscenze e capacità professionali, attraverso opportuni interventi formativi, in modo tale da elevare la preparazione media dei professionisti e metterli nelle condizioni di partecipare attivamente e di poter recepire, in piena consapevolezza le indicazioni proposte dalle linee guida.

La Regione:

- valida le linee guida nel rispetto dei criteri sopra definiti, dando la priorità all'applicazione di quanto previsto in materia dal PSN;
- si avvale di collaborazioni sul piano metodologico (progetto TRIPS, etc.);
- cura la disponibilità delle competenze (in particolare per l'economia sanitaria) necessarie per l'eventuale redazione di linee guida regionali;



- cura la organizzazione e gestione del RUDT avvalendosi della consulenza di un responsabile nefrologo. L'invio dei dati, almeno con cadenza trimestrale, al RUDT è obbligatorio per tutti i centri dialisi siano essi pubblici che privati ed è soggetta a sorveglianza durante l'attuazione del piano. Report periodici saranno distribuiti ai centri sulla base dei dati inviati.

## **F) SISTEMI OPERATIVI PER L'APPROPRIATEZZA GESTIONALE**

Considerata la complessità delle procedure e dei trattamenti l'assistenza dei nefropatici è di norma affidata a personale medico specialista in nefrologia (o in specialità affine) o che abbia prestato almeno cinque anni di servizio nella disciplina.

L'assistenza nefrologica nei servizi e nelle unità operative va garantita da équipe specialistiche e non da singoli specialisti, verificando l'effettiva utilizzazione di tutte le risorse specialistiche presenti in ambito dipartimentale e attivando, ove necessario, supporti convenzionali.

Per i servizi previsti dal presente atto saranno applicati nel triennio i criteri di accreditamento strutturale e professionale previsti dalla legge 229/99, cui si conformeranno anche i criteri per l'individuazione dei referenti responsabili dei diversi contesti assistenziali, fermo restando il riferimento di quanto previsto dalla normativa nazionale per le attribuzioni che saranno effettuate prima di tale data.

Gli indici di attività rilevati dalle Direzioni Aziendali sono la base per le determinazioni organiche delle unità operative.

Deve inoltre essere tutelato il diritto del paziente a valutare l'operato sulla propria persona, attraverso opportune procedure di informazione e di analisi della qualità percepita.

Il personale addetto agli ambulatori nefrologici sarà lo stesso dei servizi di dialisi ove questi sono presenti, mentre le visite nefrologiche ambulatoriali saranno effettuate da personale specializzato. In assenza di questi andrà utilizzato il meccanismo convenzionale.

Per quanto riguarda i requisiti tecnico strutturali dei servizi di dialisi si fa riferimento alle recenti normative di igiene e sicurezza.

Priorità assolute nella attivazione dei nuovi centri e nella ristrutturazione di quelli esistenti saranno:

- rispetto della dignità e della riservatezza dei pazienti prima durante e dopo il trattamento. Questo requisito è ottenuto con la creazione di aree di attesa, spogliatoi, medicherie e spazi adeguati;
- tutela della salute del paziente e prevenzione del contagio con agenti trasmissibili;
- necessità di postazioni dialitiche separate per contumacia e pazienti portatori di virus dell'epatite trasmissibili per via diretta e dell'HIV;
- ottimale utilizzo delle risorse umane e tecnologiche.

Per un ottimale utilizzo del personale e dell'investimento tecnologico i servizi di dialisi non dovrebbero avere un numero di postazioni dialitiche inferiore a 8 (comprensivi dei letti "sporchi").

I suddetti punti saranno oggetto dei meccanismi di verifica e controllo della qualità.

### **F.1) Attribuzione e gestione delle risorse**

La riconversione delle strutture e la riqualificazione del personale proveniente da altre attività sono i principali meccanismi attraverso cui si può mirare ad una attuazione dei programmi senza un sostanziale aggravio di spesa.

Una ulteriore razionalizzazione dei costi è ottenibile attraverso un nuovo meccanismo di acquisizione dei servizi. La disparità nei volumi dei trattamenti dialitici tra le diverse aziende della regione fa sì che i servizi ed i materiali dialitici vengano acquisiti con notevoli disparità di costi e con costi fissi aggiuntivi di gara per ciascuna azienda.

Va quindi individuato, di concerto con i servizi farmaceutici delle singole aziende, un meccanismo unico centralizzato di acquisizione di materiali e servizi per la dialisi che si prefigga, a parità di prestazioni erogate un risparmio non inferiore al 10%, sempre operando nell'ambito dei principi che garantiscono i diritti dei pazienti, richiamati nel paragrafo D.1.

Le risorse generate da questo risparmio dovrebbero essere destinate dalle direzioni aziendali all'adeguamento degli organici, alla formazione del personale medico e infermieristico da destinare ai nuovi servizi e per potenziare quelli esistenti.

In sede di aggiornamento del tariffario regionale andranno previste compensazioni per i trattamenti che le aziende ospedaliere erogano a pazienti ad alta complessità clinica, ovviamente pesandone la prevalenza all'interno del complessivo carico assistenziale.

Le risorse attribuite alla realizzazione del progetto, circa 700 milioni l'anno per il 2000 ed il 2001, verranno assegnate alle aziende sanitarie in base alla popolazione residente, pesata per la prevalenza di pazienti in dialisi. Questi fondi verranno in massima parte destinati prioritariamente all'incremento della dialisi domiciliare, in seconda istanza agli adeguamenti organici finalizzati al piano.

Il Registro regionale Umbro Dialisi e Trapianti (RUDT) sarà finanziato con i fondi destinati all'osservazione epidemiologica.

## **F.2) Sistemi di contabilità**

Le aziende sanitarie e l'Assessorato avvalendosi dei sistemi di contabilità economico - patrimoniale e analitica determinano i costi attribuibili ai servizi chiamati a realizzare il presente atto di indirizzo in modo da poter effettuare analisi costi - efficacia e costi efficienza e comparazioni tra servizi regionali e/o di altre regioni.

## **F.3) Valutazione di processo e di esito**

Quanto stabilito dal presente atto di indirizzo dovrà essere applicato dalle Aziende Sanitarie Umbre. Per la valutazione di processo e di risultato, verificabile tramite il riscontro del raggiungimento degli obiettivi annuali, sarà costituito a livello regionale un apposito Gruppo di lavoro con la presenza di delegati delle direzioni aziendali.

Sarà inoltre attivato un tavolo di consultazione a cadenza almeno annuale con le organizzazioni degli utenti per la verifica della accessibilità dei servizi e della percorribilità delle soluzioni assistenziali qui proposte.

## **F.4) Accredimento strutturale e professionale e formazione continua**

In base anche alla normativa nazionale, i centri umbri dovranno essere accreditati nei tempi indicati e secondo le modalità previste.

Tutti i servizi dovranno, secondo standard nazionali e internazionali ormai condivisi ma che nell'ottica di quanto detto sopra andrebbero organicamente riproposti in modo unico e condiviso, rispondere ad precisi requisiti di attività e di dotazioni e soprattutto di formazione ed aggiornamento del personale, per garantire qualità e appropriatezza di prestazioni. Tali programmi dovranno essere previsti nei Piani attuativi delle aziende ed anche a livello regionale, per tutte le figure professionali coinvolte. In questa direzione, la competente struttura dell'Assessorato si avvarrà del Gruppo di lavoro previsto nel paragrafo F.3.

#### **F.5) Supporti conoscitivi: epidemiologia, sistema informativo, ricerca**

*F.5.1)* La redazione del presente atto ha risentito del tutto positivamente della disponibilità delle base di dati prodotta dal Registro, che va quindi confermato e ulteriormente finalizzato nel suo funzionamento alla quantificazione degli obiettivi di salute ed alle necessità della fase di valutazione di esito.

*F.5.2)* La ricerca finalizzata regionale, per gli anni 2000 e 2001, anche in questo specifico settore sarà orientata a coniugare sviluppo della ricerca applicata ed innalzamento dei livelli assistenziali. E' intenzione della Regione prevedere finanziamenti per la ricerca finalizzata alla programmazione sanitaria, indirizzata su determinati filoni e problematiche ritenute prioritarie per l'assistenza sanitaria umbra.

L'oggetto della ricerca finalizzata per l'anno 2000 sarà rappresentato dalla [messa a punto di un progetto di prevenzione primaria e secondaria delle nefropatie].

Nel 2001 sarà oggetto di ricerca finalizzata la verifica di qualità (comprensiva anche della qualità percepita dagli utenti) dei servizi coinvolti nella lotta alle nefropatie.

#### **G) MANUTENZIONE DEI CLIMI ORGANIZZATIVI E GESTIONE DEI RUOLI ESTERNI**

Per garantire risultati in termini di efficacia e di qualità delle prestazioni, i singoli professionisti si devono sentire coinvolti a pieno titolo nella organizzazione del lavoro, responsabili delle proprie azioni e motivati nel perseguimento di obiettivi di qualità da raggiungere, non in termini individualistici, ma con un forte senso di lavoro di gruppo, di integrazione e di partecipazione alle scelte programmatiche.

##### **G.1) Clima interno**

E' indispensabile prevedere:

- possibilità di scambi di opinioni con tutti i professionisti, gli operatori sanitari e amministrativi coinvolti nei vari processi di assistenza o di organizzazione dei servizi e attività;
- che le rappresentanze delle professionalità partecipino ai momenti formali consultivi e decisionali (Consigli di Dipartimento, riunioni di servizio, ecc.);
- sistemi premianti che motivino gli operatori;
- diffusione e piena disponibilità dell'informazione scientifica accreditata nell'ambito di un processo di VRQ e miglioramento continuo di qualità.

## **G.2) Ruoli esterni**

Presupposto basilare per il raggiungimento completo degli obiettivi di questo atto di indirizzo è il coinvolgimento e la completa integrazione delle varie figure professionali coinvolte del mondo sanitario, del mondo sociale, ma anche delle associazioni di volontariato, del terzo settore e di tutte le figure che a vario titolo e a vario livello possono aiutare al raggiungimento degli obiettivi di salute prefissati.

All'interno dell'atto di volta in volta sono stati indicate le figure chiave e gli organismi da coinvolgere a pieno titolo nella fase di progettazione e di realizzazione delle attività, facendo nel contempo chiarezza sulla delimitazione delle specifiche aree di intervento, nel rispetto preciso dei ruoli e delle competenze.

## **H) CALENDARIO DEGLI IMPEGNI PER IL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PIANO**

1) Entro il primo anno:

- programmazione aziendale dell'effettiva attivazione dei servizi previsti;
- implementazione delle attività di dialisi domiciliare;
- piano di formazione;
- rassegna delle evidenze e delle linee guida disponibili;
- definizione degli indicatori di esito;
- effettiva collaborazione di tutte le aziende con il RUDT.

2) Entro il secondo anno:

- attivazione dei servizi previsti a livello aziendale;
- implementazione delle attività di dialisi domiciliare;
- attuazione dei piani di formazione;
- validazione delle linee guida a livello regionale;
- riorganizzazione del registro e di eventuali altri flussi informativi ai fini delle valutazioni di esito.

3) Entro il terzo anno:

- verifica della qualità dei servizi attivati per la lotta alle nefropatie;
- verifica dei fabbisogni
- attuazione dei piani di formazione;
- adozione delle linee guida validate a livello regionale;
- prime valutazioni di esito.

## **5.2.4. PROMOZIONE E TUTELA DELLA SALUTE DEGLI IMMIGRATI**

### **A) CORNICE**

Il consistente flusso di immigrati, provenienti soprattutto dai Paesi in Via di Sviluppo e dall'Est Europeo, pone il nostro Paese di fronte alla necessità di confrontarsi, a più livelli, con le recenti trasformazioni sociali dovute all'afflusso di persone con culture d'origine diverse dalla nostra.

E' certo, comunque, che i problemi dell'immigrazione e dell'integrazione vanno gestiti con un certo grado di osservazione e di controllo del fenomeno, attraverso un adeguato investimento di risorse e di costanza amministrativa. Per far fronte ai numerosi cambiamenti che l'evento migrazione comporta, infatti, occorre adeguare i servizi socio-sanitari alle esigenze di questa nuova fascia di

popolazione, garantendo risposte che, nel rispetto della diversità socio-culturale della persona, siano qualitativamente e quantitativamente adeguate.

Rispetto al numero di immigrati presenti nel nostro Paese sono state formulate stime diverse e molto spesso divergenti sulla reale consistenza del fenomeno, difficile da quantificare, data l'impossibilità di reperire dati attendibili sulla effettiva presenza degli immigrati clandestini.

Per quanto riguarda l'Umbria, secondo stime ufficiali, al 31/12/97 risultavano presenti 19.415 stranieri, tra comunitari ed extracomunitari, mentre i dati della Questura di Perugia parlano di 30.000 stranieri presenti nella nostra regione, compresi quelli irregolari.

In linea con quanto disposto dal Piano Sanitario Nazionale 1998/2000 e in accordo con le finalità previste dal Piano sociale regionale, il Piano sanitario regionale, nell'arco di tempo della sua validità (1999/2001), si pone come obiettivo generale quello di garantire agli immigrati presenti sul nostro territorio, a prescindere dalla loro posizione giuridica, sia essa regolare o meno, la promozione e la tutela di uno dei diritti fondamentali della persona, quello alla salute.

L'immigrazione può generare condizioni di discriminazione, emarginazione ed esclusione dai processi sociali e civili, creando dei fattori di rischio per lo stato di salute dello straniero e della collettività ospitante.

La Legge 6 marzo 1998, n. 40 riconosce e garantisce appieno questo diritto, in quanto detta alcune disposizioni, in materia di assistenza sanitaria, a tutela della salute degli immigrati.

Per quanto riguarda gli stranieri non iscritti al Servizio sanitario nazionale il comma 3, art. 33 della sopracitata legge dispone che: "*ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, sono assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva.*"

Sono in particolare garantiti:

- a) *la tutela sociale della gravidanza e della maternità;*
- b) *la tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione sui diritti del fanciullo del 20 Nov. 1989;*
- c) *le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalle regioni;*
- d) *gli interventi di profilassi internazionale;*
- e) *la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai.*

## **B) PROBLEMI DI SALUTE**

Dall'analisi dei problemi di salute registrati e messi in evidenza dalle varie Aziende sanitarie e dai vari Centri di accoglienza operanti in Umbria, nonché da una analisi della domanda svolta presso l'Azienda Ospedaliera di Terni) non sono state evidenziate particolari e specifiche patologie, mentre è emerso con chiarezza che gli immigrati esprimono per lo più patologie comunemente riscontrabili nella popolazione residente in Umbria; la loro accentuazione tra gli extracomunitari può derivare dalle condizioni di disagio sociale, abitativo e di adattamento in cui spesso vivono.

Inoltre, è emerso che un gran numero di extracomunitari, in particolare modo la categoria dei lavoratori stagionali, presenta patologie da riferirsi al mancato rispetto delle norme di sicurezza per la tutela della salute nei luoghi di lavoro.

## C) OBIETTIVI DI SALUTE

In base a queste indicazioni, gli obiettivi di salute prioritari, da perseguire nel triennio di validità del Piano sanitario regionale, sono i seguenti:

### C.1) Accessibilità ai servizi

- Informare tutti coloro che ottengono il permesso di soggiorno sui diritti di assistenza e modalità di accesso;
- informare tutti gli immigrati sulla possibilità di accesso al Servizio Sanitario;
- garantire in almeno ogni centro di salute di ciascun distretto un punto di accesso “informale” agli immigrati irregolari.

### C.2) Promozione e prevenzione

- Garantire la copertura vaccinale secondo le indicazioni del Programma EPI OMS e del Piano nazionale vaccini;
- attivare interventi di educazione sanitaria sulla prevenzione delle malattie trasmissibili;
- ridurre del 50% la percentuale di abitazioni di immigrati extracomunitari irregolari non dotate di abitabilità rispetto alla base/line del 1999 (dato da acquisire);
- verificare l'applicazione della normativa vigente in materia di sicurezza e diritto del lavoro a tutti i lavoratori immigrati.

### C.3) Assistenza

- garantire l'accesso alla rete dei servizi socio-sanitari, territoriali ed ospedalieri;
- garantire l'accesso delle donne immigrate alla rete dei servizi consultoriali ed ospedalieri;
- garantire presso ciascun DSM una area di ascolto per i problemi di salute mentale legati alla condizione di immigrato

## D) ASSETTI ORGANIZZATIVI GENERALI

In linea con quanto disposto dal Regolamento d'attuazione della Legge 40 del 6/3/98, la Regione individua le modalità organizzative che assicurano l'erogazione delle cure previste dall'art. 35, comma 3, del Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, nell'ambito delle stesse Aziende Sanitarie Locali, mantenendo, al tempo stesso, rapporti con gli organismi di volontariato aventi esperienza specifica.

**Il trasferimento per cure in Italia con rilascio di permesso di soggiorno per cure mediche è altresì consentito nell'ambito di programmi umanitari definiti ai sensi dell'art. 12, comma 2, lettera c) del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n.502, come modificato dal D. Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517, previa autorizzazione del Ministero della Sanità, d'intesa con il Ministero degli Affari Esteri.**

**Le Aziende Sanitarie locali e le Aziende ospedaliere, tramite la Regione, sono rimborsate delle spese sostenute, che fanno carico al F.S.N.. La Regione parallelamente predisporrà un programma umanitario per minori extracomunitari per l'erogazione di prestazioni efficaci e la cui effettuazione è appropriatamente svolta dal Servizio sanitario regionale.**

L'erogazione delle prestazioni sanitarie dovrà essere effettuata secondo livelli uniformi su tutto il territorio regionale; nei casi in cui non sia possibile erogare localmente le prestazioni sarà cura del servizio ricorrere ad altre strutture sanitarie regionali.

## **D.1) Assistenza sanitaria**

### *a) Assistenza medico-generica*

L'assistenza medico-generica dovrà essere erogata dai Medici di Medicina Generale e dai Pediatri di libera scelta; possono inoltre essere stipulate convenzioni con Associazioni di Volontariato che si impegnino ad erogare, in strutture con personale proprio, l'assistenza di che trattasi, secondo le modalità previste dall'art. 43 "Visite Occasionali" di cui al DPR 484/96.

### *b) Assistenza Specialistica*

L'assistenza specialistica Ambulatoriale è assicurata dai Servizi Specialistici territoriali ed ospedalieri su attivazione dei Medici di Medicina Generale incaricati e/o dalle eventuali Associazioni di Volontariato.

Ove necessario nei servizi sopra elencati verrà utilizzato il modello regionale recante in evidenza la stampigliatura STP (Straniero temporaneamente presente).

Particolare attenzione verrà fornita alla accessibilità dei servizi consultoriali ed a quelli di salute mentale.

### *c) Assistenza Farmaceutica*

Ai fini del rimborso le prescrizioni farmaceutiche dei farmaci erogabili, a parità di condizioni di partecipazione alla spesa con i cittadini italiani, vanno effettuate su ricettario regionale e distribuite dalle farmacie convenzionate.

La Regione ha già predisposto un modello prescrittivo in cui dovrà essere utilizzato, ove necessario, un codice regionale a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente). Tale codice identificativo è composto, oltre che dalla sigla STP, dal codice ISTAT relativo alla struttura sanitaria pubblica che lo rilascia e da un numero progressivo attribuito al momento del rilascio. Tale codice deve essere utilizzato anche per la rendicontazione delle prestazioni effettuate da parte delle strutture pubbliche ai fini del rimborso.

### *d) Assistenza ospedaliera*

L'assistenza ospedaliera è garantita da tutti i presidi del Servizio Sanitario Regionale. Ai cittadini stranieri presenti sul territorio, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, saranno assicurate le prestazioni urgenti o comunque essenziali – sia se fruite in regime di ricovero che in regime ambulatoriale – conseguenti ad una diagnosi d'urgenza formulata dal medico accettante.

## **E) SISTEMI OPERATIVI TECNICO SPECIFICI**

Rispetto agli obiettivi di salute da perseguire si configurano una serie di azioni trasversali valide per ognuna delle aree problematiche individuate.

- 1) Elaborazione da parte delle Direzioni aziendali di raccomandazioni agli operatori del SSR e di indirizzi che garantiscano l'ottemperanza alle vigenti norme relative alla tutela della salute degli immigrati, al fine di indirizzarli adeguatamente e tempestivamente al servizio competente e di ricondurre allo specifico territoriale le richieste improprie.*

Le DGR n. 6366 del 30/09/97 e n. 6 del 7/01/99 – ora integrate dal presente atto di indirizzo- hanno demandato ai Direttori generali delle Aziende USL ed ospedaliere l'individuazione di almeno un distretto per ogni USL che assicuri assistenza sanitaria ai cittadini extracomunitari non iscritti al SSN, secondo livelli uniformi sul territorio regionale, e la possibilità di stipulare eventuali convenzioni e/o protocolli di intesa con le Associazioni del volontariato e/o le cooperative assistenziali.

Al fine di razionalizzare il servizio e di implementare le integrazioni funzionali ed organizzative tra SSR e tutti i soggetti preposti all'accoglienza dell'immigrato, verrà creato dalla regione un sito web dedicato.

- 2) Promozione di una campagna informativa da realizzare utilizzando i vari canali disponibili, in particolare, attraverso la stampa di opuscoli tradotti nelle lingue più diffuse, da distribuire presso i luoghi di maggiore frequentazione dell'immigrato, riguardanti:
  - Legge 6 marzo 1998 n.40;
  - vaccinazioni obbligatorie e facoltative;
  - rischi legati alle malattie trasmissibili, relative misure ed interventi di prevenzione (con particolare attenzione alla T.B.C. e alle malattie sessualmente trasmesse);
  - informazioni relative alla tutela della salute della donna e dell'età evolutiva (gravidanza, IVG).
- 3) Estensione alla popolazione immigrata della stessa copertura vaccinale garantita alla popolazione italiana; il medico di medicina generale e/o del pediatra di libera scelta provvedono alla prescrizione sul ricettario regionale delle vaccinazioni previste dalla vigente normativa.
- 4) Attivazione di servizi volti all'integrazione, in particolare, di un *centro di prima informazione per immigrati* che operi all'interno di una rete di collegamenti con tutti i soggetti preposti ad accogliere gli stranieri, che si occupi di problematiche sanitarie, sociali e assistenziali, attraverso un'attività di accoglienza, ascolto, analisi dei bisogni, counselling, sostegno e accompagnamento. Tutto ciò al fine di assicurare globalità e continuità della presa in carico della persona.
- 5) Attivazione di convenzioni tra i comuni e le ASL per usufruire del servizio di mediazione linguistico –culturale al fine di favorire e potenziare l'interazione delle persone immigrate con i servizi sanitari e gli operatori, per una maggiore efficacia dell'intervento e per la rimozione degli ostacoli che spesso si frappongono nell'incontro tra operatori e pazienti delle diverse culture e per garantire il rispetto delle differenze.

## **F) SISTEMI OPERATIVI PER L'APPROPRIATEZZA GESTIONALE**

### **F.1) Le risorse finanziarie dedicate al progetto**

Per la realizzazione del presente progetto sono stanziati £ 700 milioni per ciascuno degli anni 2000 e 2001; la loro assegnazione alle ASL avverrà nel 2000 sulla base della stima dei residenti extracomunitari "regolarizzati", mentre nel 2001 si procederà alla ulteriore pesatura in base al numero di prescrizioni e registrazioni delle prestazioni erogate agli immigrati irregolari, ricavando il dato dal codice identificativo attribuito ad ogni straniero, dal codice ISTAT relativo alla struttura sanitaria pubblica che lo rilascia e dal numero progressivo assegnato al momento del rilascio.

Per l'anno 2000 si prevede un accantonamento di £ 60 milioni destinati alle due aziende ospedaliere per attività di formazione.

Le direzioni aziendali ed i responsabili di distretto terranno conto altresì delle sinergie che potranno essere acquisite grazie alla disponibilità di fondi per il sociale, come previsto dalla normativa di settore e dal Piano Sociale Regionale di imminente approvazione.



### **F.2) Sistemi di contabilità**

Le aziende sanitarie e l'Assessorato avvalendosi dei sistemi di contabilità economico - patrimoniale e analitica determinano i costi attribuibili ai servizi chiamati a realizzare il presente atto di indirizzo in modo da poter effettuare analisi costi - efficacia e costi efficienza e comparazioni tra servizi regionali e/o di altre regioni.

### **F.3) Valutazione di processo e di esito**

L'erogazione dei finanziamenti per il 2001 sarà subordinata alla verifica della effettiva realizzazione dei programmi aziendali, da parte dell'apposito Gruppo di lavoro Regionale per la verifica del processo e degli esiti del presente Atto di Indirizzo.

Sarà inoltre organizzata una audizione annuale con i centri di accoglienza per avere pareri sulla applicazione di quanto previsto nel presente progetto.

### **F.4) Formazione degli operatori**

Le aziende sanitarie ed ospedaliere attivano programmi di sensibilizzazione, aggiornamento e formazione per **tutto** il personale sui diritti di assistenza degli immigrati e sulle modalità più opportune per assicurare loro un civile livello di assistenza sanitaria, in modo da facilitare la comunicazione con il paziente immigrato e la conoscenza di alcuni aspetti culturali e religiosi che possono interferire nel rapporto operatore/paziente.

### **F.5) Supporti conoscitivi: epidemiologia, sistema informativo e ricerca finalizzata**

L'OERU, in collaborazione con le aziende sanitarie ed ospedaliere organizza un sistema di sorveglianza sui problemi di salute degli immigrati.

La ricerca finalizzata regionale verterà, per l'anno 2000 sul tema delle condizioni abitative in cui vivono gli immigrati irregolari, mentre nel 2001 affronterà il tema della valutazione di qualità e di accessibilità dell'assistenza agli immigrati.

## **G) MANUTENZIONE DEI CLIMI ORGANIZZATIVI E GESTIONE DEI RUOLI ESTERNI**

L'organizzazione del servizio mette in gioco una serie di risorse oggettive che ne assicurano la realizzazione, cosa che la Regione garantisce mettendo a disposizione tutti gli strumenti necessari a tal fine. Ma l'aspetto da considerare particolarmente qualificante e significativo è costituito dall'insieme delle risorse umane, dal clima relazionale e motivazionale, dall'assunzione di responsabilità e condivisione degli obiettivi di salute da parte di tutti i soggetti coinvolti, a diverso titolo e a diverso ruolo, nella missione aziendale.

### **G.1) Clima interno**

Punto fondamentale nella strutturazione del servizio è la cura del clima all'interno dell'organizzazione attraverso:

- informazioni e corsi di formazione rivolti agli operatori al fine di sviluppare capacità relazionali e di interazione culturale con gli immigrati;
- utilizzo di mediatori culturali con il compito di facilitare la "comunicazione" tra utenti ed operatori;
- momenti di incontro informali tra operatori delle diverse aziende sanitarie, associazioni di volontariato, consulta per l'immigrazione ed eventuali altri soggetti, per mettere a confronto le proprie esperienze.

## **G.2) Ruoli esterni**

- L'assistenza sanitaria agli immigrati è regolamentata dalla Legge n.40 del 6/03/98 e dal successivo Decreto Legislativo n.286 del 25/07/98 che definiscono ruoli e compiti di Enti ed Istituzioni preposti alla tutela della salute dell'immigrato;
- per quanto riguarda l'assistenza sanitaria agli stranieri non iscritti al SSN la USL competente per il luogo in cui vengono erogate le prestazioni deve provvedere al loro pagamento, mentre se si tratta di prestazioni ospedaliere urgenti o comunque essenziali la spesa è a carico del Ministero dell'Interno;
- la Regione individuerà le modalità più opportune per garantire le cure essenziali e continuative nei Presidi pubblici e privati accreditati o avvalendosi della collaborazione con organismi di volontariato aventi esperienza specifica;
- il Servizio Relazioni Internazionali della Regione attua un coordinamento generale e vigila sugli adempimenti fatti carico a Servizi ed Enti coinvolti nell'applicazione ed attuazione della normativa in materia di immigrazione;
- verranno inoltre organizzati incontri e seminari regionali con tutte le Istituzioni e i soggetti interessati, per la verifica dell'attività svolta e per la discussione di eventuali problemi da affrontare.

## **H) CALENDARIO DEGLI IMPEGNI PER IL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PIANO**

### **1) Entro il primo anno:**

- elaborazione di protocolli e di linee guida per garantire l'accesso ai servizi da parte degli immigrati;
- promozione di una campagna informativa;
- definizione degli indicatori per la costruzione del sistema informativo;
- predisposizione dei corsi di formazione ed aggiornamento del personale.

### **2) Entro il secondo anno:**

- realizzazione di corsi di formazione ed aggiornamento del personale;
- garanzia di accesso ai servizi da parte delle popolazioni immigrate;
- individuazione di mediatori culturali;
- organizzazione del sistema informativo con eventuali sperimentazioni;

### **3) Entro il terzo anno:**

- copertura vaccinale così come previsto per la popolazione italiana;
- riduzione del 25% della percentuale di IVG nelle donne immigrate;
- controllo delle condizioni abitative degli immigrati irregolari per ridurre di almeno il 50% lo stato di non abitabilità;
- applicazione del D.Lgs 626/94 per la tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- valutazione di qualità dell'assistenza agli immigrati;
- messa a regime dei flussi del sistema informativo.

## 5.2.5. LOTTA ALL'AIDS

### A) CORNICE

A.1) Nella Regione dell'Umbria negli ultimi anni si è assistito ad un decremento, almeno apparente come del resto in tutta Italia, dei casi di AIDS (18 nel 1998, 27 nel 1997, 52 nel 1996, 48 nel 1995); pertanto il tasso di incidenza relativo all'ultimo anno disponibile nel territorio regionale è pari a 2,1 casi di AIDS per 100.000 abitanti, circa la metà di quello dell'anno precedente. Dei casi diagnosticati circa l'85% risulta residente in Umbria. Tenendo conto che il Registro dei casi di AIDS è soggetto ad adeguamenti a causa dei ritardi di notifica, si può comunque presumibilmente affermare che il calo effettivo delle diagnosi si aggira intorno al 35%.

Inoltre negli ultimi due anni in Umbria non è stato registrato nessun caso pediatrico, mentre dall'anno 1982 al 1996 ne erano stati segnalati 5.

Considerati i dati disponibili è necessario anche valutare con attenzione il possibile effetto dei trattamenti terapeutici oggi disponibili sulle dinamiche epidemiche: esistono infatti evidenze di efficacia per i trattamenti perinatali nella riduzione della trasmissione verticale dell'infezione, ma non sono ancora oggi disponibili trattamenti efficaci per ridurre l'infettività delle persone HIV+.

Inoltre, mentre da un lato alcuni trattamenti, che riducono solo in parte la contagiosità, possono migliorare la qualità della vita e la sopravvivenza delle persone con infezione da HIV, dall'altro, se non sono supportati da adeguati interventi di counselling, possono portare ad un aumento di incidenza dell'infezione nella popolazione.

Un altro fenomeno di cui bisogna tenere conto è la possibilità che, dopo un certo periodo di trattamento, una quota dei malati (stimata intorno al 20-40%) possa sviluppare resistenze ai farmaci utilizzati con conseguente aumento dei carichi assistenziali e con il rischio che si diffondano popolazioni virali selezionate.

A.2) Dall'analisi dell'andamento dell'infezione, ricavata dai dati forniti dal sistema di sorveglianza regionale, aggiornati al 1996, si evidenzia che questa continua a propagarsi nei soggetti che adottano comportamenti a rischio (assuntori di droghe iniettabili, contatti etero ed omosessuali non protetti). La diminuzione dei casi di infezione che si sta verificando dal 1994 sembra comunque da attribuire soprattutto al calo di nuove notifiche di infezione riferite a tossicodipendenti, accompagnata ad una lenta progressione dell'infezione tra la popolazione eterosessuale; ovviamente queste tendenze dovranno essere attentamente valutate ed eventualmente confermate non appena saranno disponibili anche i dati relativi al 1997 e al 1998.

### B) PROBLEMI DI SALUTE

I problemi di salute emersi dai contributi dati dal gruppo di lavoro ruotano intorno a quattro grandi aree:

- prevenire l'esposizione;
- ridurre la progressione dell'infezione;
- contrastare la progressione della malattia;
- approfondire la conoscenza epidemiologica del fenomeno.

### **B.1) Prevenzione dell'esposizione**

Nonostante il decremento dei casi di infezione verificatosi nella nostra regione a partire dal 1994 e attribuibile soprattutto alla variazione dei comportamenti a rischio da parte dei tossicodipendenti, il fenomeno resta comunque importante e invita a non abbassare la guardia.

Si può affermare con sufficiente validità che interventi efficaci di prevenzione rivolti sia alla popolazione generale (attraverso campagne di informazione, interventi di educazione sanitaria, ecc.) sia a coloro che adottano comportamenti a rischio (counselling, programmi di riduzione del danno, ecc.), possono ridurre il diffondersi dell'infezione.

Indagini campionarie su giovani maschi di 18 anni, condotte in Umbria, dimostrano una alta diffusione delle conoscenze sulle corrette modalità di prevenzione dell'HIV.

Per la popolazione generale si può assumere che la situazione rifletta quella dei giovani di 18 anni e pertanto gli sforzi educativi, informativi e di sensibilizzazione dovranno ancora essere rivolti ai giovani, in fase adolescenziale.

### **B.2) Ridurre la diffusione dell'infezione da HIV**

Dalle informazioni fornite dal sistema di sorveglianza epidemiologico umbro, in Umbria alla fine del 1996 risultano positivi al test 2088 soggetti (totale di test eseguiti: 36854) con un rapporto maschi/ femmine pari a 3,4/1. Di questi il 53% risultano residenti in Umbria, il 36% provengono da altre regioni e sono ospiti di comunità terapeutiche, reclusi o di passaggio, mentre del 10% non si conosce la residenza.

Dall'analisi dell'andamento dell'infezione nelle diverse categorie si evidenzia un decremento dell'incidenza nelle cosiddette categorie a rischio (assuntori di droghe iniettabili, etc.) a fronte di un lento incremento dell'infezione nella popolazione eterosessuale.

### **B.3) Contrastare la progressione della malattia, migliorare la sopravvivenza e la qualità della vita**

Nella Regione dell'Umbria, alla data del 31 dicembre 1998, le notifiche di AIDS ammontavano complessivamente a 383 casi, di cui 327 risultano essere residenti in Umbria; di queste segnalazioni 274 provengono dalla Provincia di Perugia (di cui 239 effettivamente residenti) e 109 dalla Provincia di Terni (88 residenti).

L'introduzione della terapia combinante a base di farmaci antiretrovirali ha consentito di ottenere consistenti successi nel contrastare la progressione della malattia.

Ciò comporta almeno due tipi di problemi :

- a) un aumento della prevalenza dei malati e/o di soggetti in trattamento, che implica anche la necessità di stimare attentamente i costi sanitari che questo fenomeno comporta;
- b) la possibilità che una quota di essi (stimata intorno al 40%) possa non rispondere più ai trattamenti, instaurando resistenze, aumentando i carichi assistenziali, e trasmettendo popolazioni virali selezionate.

### **B.4) Approfondire la conoscenza epidemiologica del fenomeno**

La Regione dell'Umbria ha attivato dal 1987 un sistema di sorveglianza epidemiologica dell'infezione in collaborazione con l'Istituto di Clinica delle Malattie Infettive dell'Università di Perugia che ha prodotto rapporti semestrali di valutazione dell'andamento epidemiologico dell'infezione. L'ultima relazione, contenente i dati di prevalenza al 31/12/96, evidenzia però la caduta di alcuni flussi provenienti da Servizi o Aree territoriali diverse e il ritardo di accertamento dell'infezione.

## **C) OBIETTIVI DI SALUTE**

- 1) Obiettivi per aumentare le conoscenze della popolazione e ridurre l'esposizione
  - Informare almeno il 95% dei giovani sulle modalità di prevenzione dell'infezione da HIV per via sessuale e tramite assunzione di droghe iniettabili;
  - informare la popolazione umbra sui principali rischi di trasmissione dell'infezione da HIV.
- 2) Obiettivi per la risoluzione dei problemi di salute legati alla condizione di sieropositività
  - Evitare la trasmissione sviluppando apposite conoscenze ed abilità;
  - evitare i ritardi di diagnosi di infezione;
  - evitare l'evoluzione verso la condizione di malato (aumentare la durata mediana di tempo tra la scoperta della condizione di sieropositività e la diagnosi di AIDS).
- 3) Obiettivi per contrastare la progressione della malattia, migliorare la sopravvivenza e la qualità della vita
  - Ottimizzare i trattamenti terapeutici rispetto alle condizioni specifiche dei pazienti;
  - creare le condizioni per una migliore compliance ai trattamenti;
  - gestire i fallimenti terapeutici.
- 4) Obiettivi del sistema di sorveglianza dell'infezione
  - Rilevare la prevalenza di definiti comportamenti sessuali (riferiti) e di conoscenze corrette sulle modalità di prevenzione dell'infezione da HIV, nel quadro del Sistema di Sorveglianza ed Intervento sui Rischi Comportamentali nei Giovani;
  - valutare l'incidenza, l'andamento temporale e geografico delle nuove diagnosi;
  - valutare e monitorare la prevalenza dell'infezione da HIV;
  - stimare il numero di persone potenzialmente infette;
  - studiare le caratteristiche dei soggetti che eseguono il test e i principali fattori di rischio.

## **D) ASSETTI ORGANIZZATIVI GENERALI**

Come già anticipato, la lotta all'AIDS nella nostra Regione e mediamente anche in Italia, ha raggiunto obiettivi soddisfacenti in relazione alle difficoltà connesse con gli interventi su questo tipo di patologia.

Gli assetti organizzativi vengono quindi in gran parte confermati, prevedendo puntualizzazioni ed espansioni soprattutto per le cose da potenziare, fatte salve le modificazioni che saranno introdotte nella normativa regionale in seguito alla approvazione della Legge 229/99.

*A livello regionale si provvederà a :*

- gestire il sistema di sorveglianza epidemiologica del fenomeno (Sistema di sorveglianza e intervento sui rischi comportamentali nei giovani, sistema di sorveglianza dell'infezione, registro dei casi di malattia);
- coordinare le attività di prevenzione e di educazione alla salute;
- effettuare valutazioni di processo e di esito.

*Assetto organizzativo e gestionale a livello di Aziende Ospedaliere e Aziende USL:*

Le Aziende Ospedaliere forniscono il necessario supporto assistenziale:

- garantendo l'attività di degenza, la diagnosi precoce e l'adozione di efficaci protocolli terapeutici;

- collaborando con i Servizi territoriali delle ASL alla definizione di un unico sistema di prescrizione e distribuzione dei farmaci antiretrovirali;
- attivando convenzioni con altri laboratori accreditati per la realizzazione di indagini di alto livello tecnologico e strumentale e che risulterebbe inefficiente realizzare in loco;
- seguendo il malato dal momento della sieropositività fino alla dimissione protetta, collaborando a pieno titolo con gli operatori del territorio;
- collaborano al Sistema Informativo regionale per lo studio epidemiologico dell'andamento dell'HIV e al registro AIDS.

Le Aziende USL svolgono di norma funzioni territoriali, tra cui:

- integrazione di tutti i servizi Aziendali per la gestione dell'infezione e della malattia (laboratori e centri trasfusionali, Distretti, Centri di salute, SERT, DIP, Servizio di Educazione Sanitaria, Ospedali);
- attività di educazione sanitaria e di informazione per la popolazione, in particolare quelle rivolte ai giovani al fine di prevenire l'esposizione;
- apposite attività di educazione sanitaria rivolte a chi adotta comportamenti a rischio al fine di sviluppare conoscenze ed abilità per evitare la trasmissione e per la prevenzione dell'infezione;
- intese con le Aziende Ospedaliere per la elaborazione e sperimentazione di protocolli di accesso alla diagnosi, alla terapia e alle dimissioni protette (ospedalizzazione a domicilio) che garantiscano un continuo flusso di dati sugli aspetti clinici, amministrativi e gestionali delle prestazioni effettuate;
- collaborazione alla gestione della sorveglianza epidemiologica dell'HIV;
- definizione di protocolli integrati per le forme di assistenza ai pazienti alternative al ricovero in ospedale.

Le ASL 1 e 3 gestiscono attività ospedaliere di infettivologia in stretto raccordo funzionale con la Clinica di malattie Infettive dell'Az. Ospedaliera di Perugia;

L'assistenza domiciliare ai pazienti affetti da AIDS.

Negli ultimi anni si è assistito a significative modificazioni delle modalità assistenziali legate alla domanda dei malati di AIDS, che sono aumentate, ma anche alle sollecitazioni degli operatori sanitari e organizzazioni di volontariato.

Dovendo convivere con la malattia per molti mesi od anni, non si può pensare che l'unica possibilità assistenziale possa essere rappresentata dal ricovero in un reparto di degenza ospedaliero.

Tra le forme innovative di assistenza, quella a domicilio del paziente rappresenta la sfida più recente e per certi versi quella che più di altre cerca di modificare lo stesso approccio culturale alla malattia.

Gli obiettivi generali dell'assistenza domiciliare consistono nel fornire una adeguata assistenza extra ospedaliera, consentire una riduzione dei tempi di ospedalizzazione, migliorare la qualità della vita del paziente e della famiglia, attivare la rete sociale esistente, contenere i costi.

E' importante contribuire a soddisfare i bisogni primari del paziente, attuare un intervento sanitario specifico soprattutto nelle fasi terminali della malattia, fornire un supporto domestico e psicologico, fornire consulenza per pratiche burocratiche, curare il collegamento con le risorse territoriali esistenti.

Nell'ambito della assistenza domiciliare possiamo distinguere:

- un'assistenza domiciliare integrata, cioè l'insieme coordinato di attività sanitarie integrate con interventi di natura socio - assistenziale diretti a curare, assistere, riabilitare la persona ammalata al proprio domicilio;

- una ospedalizzazione a domicilio, per quegli interventi in cui vengono trasferiti a casa del paziente attrezzature, procedure assistenziali, professionalità che sono proprie dei reparti di degenza. Questi interventi si realizzano prevalentemente nella forma di dimissione protetta. I trattamenti a domicilio che si configurano come ospedalizzazione domiciliare sono erogati a carico e sotto la responsabilità dell'Ospedale che opera la dimissione, se territorialmente compatibile;
- l'assistenza in casa famiglia, in genere è sviluppata sia per la parte sanitaria che sociale sotto forma di convenzione con organizzazioni del privato sociale.

La scelta della forma di assistenza andrebbe fatta in base allo stato della malattia ed al contesto ambientale di riferimento.

Per quanto riguarda le problematiche sociali della assistenza domiciliare ai pazienti affetti da AIDS esse sono legate alla necessità del prendersi cura in senso globale del paziente e della sua famiglia per cercare di offrire al malato la migliore qualità di sopravvivenza possibile.

Le problematiche presentate dalla assistenza domiciliare nei pazienti affetti da AIDS sono essenzialmente di tipo psicologico e sociale; vi sono inoltre problematiche psico - sociali dell'operatore.

Le problematiche psicologiche connesse alla malattia sono riconducibili:

- alla tipicità della condizione fisica, cioè dagli esiti delle infezioni opportunistiche pregresse e in corso;
- al grado di consapevolezza raggiunto circa la gravità del proprio stato;
- alla percezione di morte imminente.

Le problematiche psicologiche connesse al contesto sono riconducibili a:

- inevitabilità della condivisione della malattia con tutti i membri della famiglia;
- riattivazione di conflitti non risolti o percezione di rifiuti che impegnano le risorse psicologiche del paziente;
- mutamenti dell'assetto familiare a seconda della quantità di assistenza necessaria;
- inevitabilità di assunzione della decisione circa il contesto in cui vivere la propria condizione di malattia e la morte.

Oltre queste sopra citate, di conferma circa la gravità del proprio stato, l'attivazione di programmi di assistenza domiciliare introduce problematiche specifiche riconducibili alla non continuità dell'assistenza, alla molteplicità degli operatori e quindi alla loro diversa metodologia di intervento. In relazione alla molteplicità delle problematiche psicosociali e delle implicazioni che determinano nell'operatore a domicilio, questo va incontro facilmente a sentimenti di frustrazione, di angoscia, di solitudine, specie se non è molto sentito il lavoro di équipe; tutto ciò lo espone ancora di più al rischio di burn-out.

E' perciò necessario che gli operatori godano di una supervisione costante e di una formazione integrata che favorisca la crescita omogenea dei membri della équipe, oltre che di un sostegno in gruppo che consenta l'elaborazione delle emozioni.

Il primo livello che dovrebbe caratterizzare gli aspetti funzionali di un servizio di assistenza domiciliare é caratterizzato dalla valutazione della pluralità dei bisogni espressi dalla persona, con una specifica attenzione a quelli clinico - sanitari e socio - psicologici, finalizzata alla elaborazione di un programma di intervento personalizzato.

Il secondo livello, la attivazione del programma personalizzato, si attua attraverso tre tipi di intervento:

- assistenza domiciliare e sostegno domestico;
- sostegno al soggetto sieropositivo nelle relazioni sociali primarie e secondarie e, ove possibile il supporto alla famiglia od alle persone significative di riferimento del soggetto;

- assistenza e sostegno psicologico finalizzati alla esplicitazione ed alla elaborazione dei vissuti personali e/o familiari.

Il terzo livello è la verifica differenziale del programma personalizzato intesa come mezzo di riflessione in merito agli obiettivi, agli strumenti, alle modalità di intervento ed ai risultati attesi.

Questi livelli assicurano soltanto una parte della assistenza domiciliare che deve essere integrata per quanto attiene alle problematiche sanitarie con i Servizi della ASL e della Azienda Ospedaliera.

A tal fine è necessario prevedere la figura di un responsabile come interlocutore nei confronti dei reparti della Azienda Ospedaliera, di coordinamento del personale dei vari Servizi della ASL e di controllo rispetto alle convenzioni con il Privato Sociale.

Il protocollo operativo dovrebbe prevedere dimissioni concordate tra il medico curante, il responsabile del Servizio ai assistenza domiciliare ed i responsabile del reparto ospedaliero.

## **E) SISTEMI OPERATIVI TECNICO SPECIFICI**

I sistemi operativi tecnico - specifici dei professionisti che intervengono nelle varie fasi della lotta all'AIDS devono essere maggiormente connotati in termini di efficacia, appropriatezza alle condizioni specifiche del singolo paziente, sostenibili in termini economici dal Servizio sanitario.

Questo progressi, ampiamente contemplati e prefissati in sede di PSR 1999-2001 andranno ricercati in particolare per quanto riguarda:

- migliorare ulteriormente l'efficacia delle attività di Educazione Sanitaria rivolte alla popolazione, soprattutto ai giovani;
- attivare efficaci interventi di counselling;
- ridurre il ritardo diagnostico della malattia e delle varie patologie correlate, anche attraverso la promozione di un appropriato ricorso ai test diagnostici;
- migliorare l'efficacia e l'appropriatezza degli approcci terapeutici;
- perfezionare il sistema di isolamento e di identificazione del M. tuberculosis e di saggio delle resistenze ai chemioantibiotici;
- collaborare al sistema di sorveglianza nazionale sugli esiti del trattamento.

Dato che gli operatori di una organizzazione professionale quale la Sanità devono godere di opportuni margini di autonomia professionale e di discrezionalità operativa, e che peraltro potrebbe essere disfunzionale arrivare ad una rigida codificazione dei processi di lavoro, si tratta di favorire l'adesione a pratiche professionali opportunamente connotate dai criteri sopra richiamati.

Quindi linee guida e non protocolli.

Su questo terreno di lavoro c'è un ampio consenso, ma c'è molto da fare per arrivare a definire le linee guida di cui ha bisogno il servizio sanitario regionale e far sì che queste possano orientare l'attività dei professionisti e aumentare lo stato di salute dei cittadini.

I principali problemi da affrontare nel triennio riguardano:

- rigorosa analisi delle evidenze di efficacia;
- la manutenzione delle conoscenze e capacità professionali, attraverso opportuni interventi formativi, in modo tale da elevare la preparazione media dei professionisti e metterli nelle condizioni di partecipare attivamente e di poter recepire, in piena consapevolezza le indicazioni proposte dalle linee guida;
- il bilanciamento delle competenze presenti in sede di elaborazione delle linee guida: essendo noto che le strategie in sanità derivano da pressioni di singoli gruppi di professionisti o di specifiche società professionali, è opportuno che nella stesura delle stesse (o come criterio di verifica in sede di loro recepimento) siano valorizzate maggiormente quelle che derivano da



- apporti multiprofessionali e che hanno previsto negli staff di lavoro la presenza di epidemiologi, medici di sanità pubblica ed economisti sanitari;
- la sostenibilità economica delle proposte: al di fuori di qualsiasi logica incrementale, una buona linea guida, deve indicare oltre alle cose da fare, anche quelle da non fare più, perché obsolete o di dimostrata inefficacia;
  - la applicazione e la implementazione delle linee guida proposte: lo scarso recepimento avuto da linee guida regionali, elaborate con ampio supporto metodologico e vasta rappresentazione delle diverse professionalità, ci mette nella condizione di dover colmare il divario tra le intenzioni predicate e gli atti praticati, con opportuni provvedimenti per l'adozione e l'implementazione.

La Regione:

- valida le linee guida nel rispetto dei criteri sopra definiti, dando la priorità all'applicazione di quanto previsto in materia dal PSN;
- si avvale di collaborazioni sul piano metodologico (progetto TRIPS, etc.);
- cura la disponibilità delle competenze (in particolare per l'economia sanitaria) necessarie per l'eventuale redazione di linee guida regionali.

## **F) SISTEMI OPERATIVI PER L'APPROPRIATEZZA GESTIONALE**

Nell'area della lotta all'AIDS le Aziende e la sanità regionale in senso ampio dispongono di consistenti risorse umane, finanziarie, tecnologiche ed edilizie.

La verifica della appropriatezza gestionale nelle nuove condizioni operative sopra richiamate rappresenta un compito specifico delle direzioni aziendali, di dipartimento e di servizio.

### *F.1) Le risorse finanziarie dedicate al progetto*

Consistono nei fondi finalizzati alla lotta contro l'AIDS che ogni anno il Ministero della Sanità attribuisce alle Regioni per l'assistenza domiciliare e la formazione degli operatori ed ammontano ad un totale di £ 500 milioni circa, relativi a residui non utilizzati negli anni precedenti ed a £ 1.500 milioni circa complessive da rendere disponibili per gli anni 2000 e 2001.

Tali fondi saranno in parte attribuiti alle aziende e in parte riservati ad attività regionali

La quota regionale (circa 200 milioni) dovrà essere utilizzata:

- per costruire un sistema di sorveglianza dei rischi comportamentali nei giovani, con indagini ad hoc;
- per supportare il sistema di sorveglianza dell'infezione da HIV.

La quota destinata alle Aziende sanitarie in base alla popolazione residente.

Ovviamente, qualora non risultassero ancora utilizzati i fondi assegnati in precedenza, le Aziende dovranno procedere all'utilizzo di questi e quindi presentare progetti per le attività da realizzare.

Un effetto sinergico dovrebbe derivare sul sistema complessivo anche le risorse vincolate con la realizzazione dei progetti obiettivo collegati al PSN, con particolare riferimento a quelli relativi ai fondi destinati all'Assistenza domiciliare integrata.

## **F.2) Sistemi di contabilità**

Le aziende sanitarie e l'Assessorato avvalendosi dei sistemi di contabilità economico - patrimoniale e analitica determinano i costi attribuibili ai servizi chiamati a realizzare il presente atto di indirizzo in modo da poter effettuare analisi costi - efficacia e costi efficienza e comparazioni tra servizi regionali e/o di altre regioni.

## **F.3) Valutazione di processo e di esito**

Quanto stabilito dal presente atto di indirizzo dovrà essere applicato dalle Aziende Sanitarie Umbre. Per la valutazione di processo e di risultato, verificabile tramite il riscontro del raggiungimento degli obiettivi annuali con gli standard indicati per gli anni di vigenza del Piano, sarà costituito a livello regionale un apposito Gruppo di lavoro con la presenza di delegati delle direzioni aziendali.

Sarà attivato con cadenza almeno annuale un tavolo di consultazione con le organizzazioni che rappresentano i diritti alla salute dei cittadini, al fine di avere pareri in merito alla accessibilità dei servizi e alla percorribilità dei percorsi assistenziali proposti nel presente atto.

## **F.4) Accreditemento strutturale e professionale e formazione continua**

1) Per quanto riguarda l'accreditamento è necessario procedere, secondo i dettami della normativa, in tempi brevi, all'espletamento della formulazione dei criteri e requisiti indispensabili.

Strutture, organizzazione e personale devono garantire la massima qualità nelle prestazioni e nelle forme di assistenza, vanno quindi individuati i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali che essi devono possedere per erogare prestazioni sanitarie di qualità ed efficaci, siano esse di tipo ambulatoriale, che di ricovero per acuti e non acuti, sino essi appartenenti al servizio sanitario regionale che privati.

2) La formazione continua del personale che svolge attività di assistenza ai malati di AIDS, ai sensi della L.135/90, è iniziata nella nostra regione nel 1991 con l'attivazione di corsi regionali e sta tuttora proseguendo con corsi gestiti a livello di singole aziende.

Sarà necessario prevedere adeguati percorsi formativi per tutti gli operatori socio-sanitari, differenziandoli in base ai livelli di effettivo coinvolgimento nei processi assistenziali e garantendo anche l'immediata inclusione degli operatori sanitari che operano negli istituti di detenzione, per migliorare le conoscenze relative alle attività di informazione ed educazione sanitaria, ai comportamenti ed alle norme che garantiscono una adeguata protezione dalle esposizioni professionali, alla diagnosi precoce dell'infezione, al riconoscimento delle infezioni opportunistiche, alle novità sul trattamento farmacologico, al counselling.

## **F.5) Supporti conoscitivi: epidemiologia, sistema informativo, ricerca**

1) Come evidenziato tra i problemi di salute, è necessario sviluppare un più idoneo strumento informativo che permetta di raccogliere informazioni tempestive e corrette sull'andamento delle esposizioni, delle infezioni da HIV e dell'AIDS, permettendo analisi mirate e puntuali su alcuni aspetti particolari.

Per fare questo è necessario il coinvolgimento di tutti i Servizi Territoriali e Ospedalieri di diagnosi, nella progettazione di un sistema che garantisca un flusso uniforme ed accurato dai servizi alla Regione, che assicuri tutte le informazioni necessarie sui test, che utilizzi una apposita comune scheda epidemiologica (l'attuale sarà semplificata), che rilevi tutti i test eseguiti e soprattutto sia tempestivo.

Dovranno essere stabiliti secondo un protocollo omogeneo, flussi informatizzati e nella definizione del percorso sarà necessario:

- implementare e riorganizzare l'attuale sistema di sorveglianza dell'infezione;
- promuovere l'accesso al test;
- garantire riservatezza e anonimato a tutti coloro che si sottopongono al test ed attività di informazione e counselling;
- garantire che ogni richiesta di accertamento ogni prelievo e ogni riconsegna di referti preveda la compilazione dall'apposita scheda epidemiologica;
- far confluire le schede, provenienti dai laboratori o dai servizi territoriali, al servizio di Igiene Pubblica competente per territorio, che verifica la partecipazione di tutti i servizi interessati e la completezza delle informazioni e che quindi assicura l'invio alla regione;
- assicurare il ritorno delle informazioni a tutti i servizi che partecipano al sistema;
- collegarsi con ISS e le altre Regioni.

2) La ricerca finalizzata regionale verterà, per gli anni 2000 e 2001 su oggetti preferenziali di indagine:

- nell'anno 2000 il bando regionale verterà, per la lotta all'AIDS, sulla efficacia dei modelli di educazione alla salute per adolescenti;
- nell'anno 2001 la ricerca finalizzata regionale verterà sulla valutazione di qualità dei servizi impegnati nella lotta all'AIDS.

## **G) MANUTENZIONE DEI CLIMI ORGANIZZATIVI E GESTIONE DEI RUOLI ESTERNI**

Per garantire risultati in termini di efficacia e di qualità delle prestazioni, i singoli professionisti si devono sentire coinvolti a pieno titolo nella organizzazione del lavoro, responsabili delle proprie azioni e motivati nel perseguimento di obiettivi di qualità da raggiungere, non in termini individualistici, ma con un forte senso di lavoro di gruppo, di integrazione e di partecipazione alle scelte programmatiche.

### **G.1) Clima interno**

E' importante prevedere:

- possibilità di scambi di opinioni con tutti i professionisti, gli operatori sanitari e amministrativi coinvolti nei vari processi di assistenza o di organizzazione dei servizi e attività;
- che le rappresentanze delle professionalità partecipino ai momenti formali consultivi e decisionali (Consigli di Dipartimento, riunioni di servizio, conferenze dei servizi ecc.);
- sistemi premianti che motivino gli operatori;
- informazioni e corsi di formazione rivolti agli operatori al fine di sviluppare capacità relazionali e di interazione culturale con gli altri professionisti.

### **G.2) Ruoli esterni**

*Le relazioni con i soggetti esterni al SSN dovranno essere regolate da opportuni protocolli e/o convenzioni e pertanto le Aziende:*

- definiscono le modalità di partecipazione del volontariato e della cooperazione sociale all'assistenza domiciliare del malato;
- stabiliscono protocolli di intesa con le case circondariali, per la prosecuzione delle attività di assistenza farmaceutica e specialistica ai detenuti;

- stabiliscono protocolli di intesa con le comunità terapeutiche presenti sul territorio per regolare le modalità di accesso degli ospiti all'assistenza di base, specialistica e farmaceutica;
- definiscono programmi formativi rivolti ai soggetti esterni all'Azienda che comunque svolgono attività di assistenza al malato di AIDS.

## **H) CALENDARIO DEGLI IMPEGNI PER IL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PIANO**

### 1) Entro il primo anno:

- attivazione del Sistema di sorveglianza e intervento sui rischi comportamentali nei giovani;
- analisi delle evidenze di efficacia e delle linee guida disponibili per le materie definite nel paragrafo E;
- potenziamento dell'assistenza domiciliare;
- riorganizzazione del sistema informativo;
- messa a punto delle linee guida regionali.

### 2) Entro il secondo anno:

- predisposizione di corsi di formazione ed aggiornamento del personale;
- verifica e potenziamento degli interventi educativi;
- Potenziamento dell'assistenza domiciliare;
- applicazione delle linee guida regionali;
- messa a regime del sistema informativo come riorganizzato.

### 3) Entro il terzo anno:

- verifica di qualità del sistema informativo;
- valutazione di qualità del sistema assistenziale.

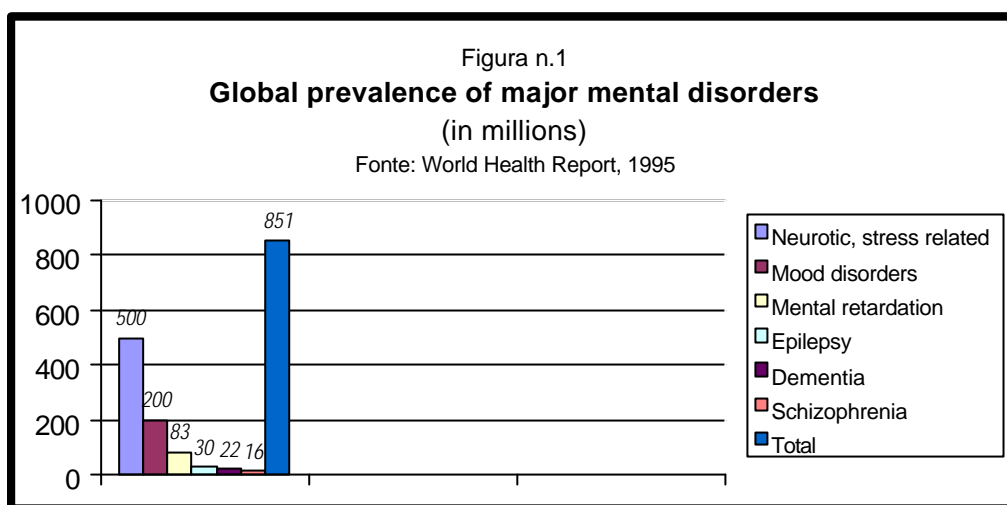
<b>5.2.6. PROMOZIONE E TUTELA DELLA SALUTE MENTALE</b>
--

## **A) CORNICE**

### **A.1) Quadro epidemiologico**

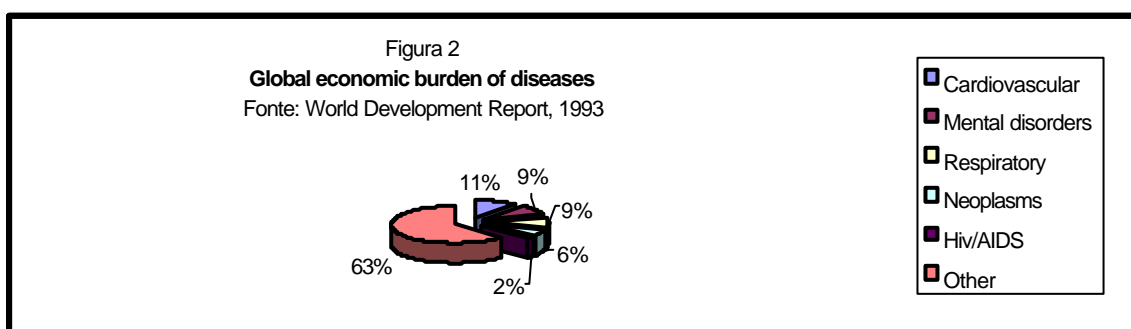
E' noto che la prevalenza annuale per malattie mentali nei paesi dell'occidente industrializzato presenta tassi elevati, tali da assumere rilevanza crescente anche in rapporto al grado elevato di disabilità e bisogno di lunga assistenza, perdita di produttività e sofferenza sia a carico dei soggetti direttamente investiti, sia a carico dei loro familiari.

Sono, a questo proposito, significativi i dati di prevalenza globale per i disturbi mentali di maggiore rilevanza presentati nel World Health Report del 1995 (vedi Figura 1).



Gli avanzamenti connessi con la crescente efficacia dei trattamenti farmacologici, con la maggiore disponibilità di trattamenti psicologici e riabilitativi, con lo svilupparsi della ricerca scientifica in un campo ad essa escluso dalla dimensione assistenziale prevalentemente asilare che l'aveva contrassegnato in passato, creano un quadro di positivo cambiamento, ma non riducono l'impatto complessivo di tali disturbi.

L'impatto sociale ed economico di un definito gruppo di disturbi mentali è stato stimato dalla World Bank, che valuta il Global economic burden of diseases nell'ambito del World Development Report del 1993, rappresentare circa il 9% di tutte le perdite economiche dovute a malattie, essendo rappresentato l' 11% dai disturbi cardiovascolari, il 9% dai disturbi respiratori, il 6% dalle patologie tumorali, il 2% da HIV/AIDS (vedi Figura n.2).



Lo studio dei disturbi psichiatrici nella popolazione ha avuto come riferimento l'esperienza svolta a Manchester da Goldberg ed Huxley, autori di un modello teorico che utilizza i concetti di "livelli di popolazione" e "filtro" per descrivere i disturbi psichiatrici che si osservano nella comunità, nell'ambito della medicina di base ed a livello dei servizi psichiatrici.

Alla luce di tale modello possono essere letti i tassi di prevalenza nei diversi livelli di popolazione, rilevati in tre aree geografiche europee (Manchester, Groningen e Verona Sud ) che mostrano valori di prevalenza totale annuale nella popolazione generale che oscillano tra il 25 ed il 31% (vedi tabella n.1).

Tabella n.1 - La morbilità psichiatrica nei cinque livelli dello schema di Goldberg ed Huxley. Tassi annuali per 1000 abitanti (da Bellantuono et al., 1992)

<i>Livello</i>	<i>Manchester</i>	<i>Olanda</i>	<i>Verona Sud*</i>
<b>Popolazione generale</b>	250-315	250-303	227
<b>Medicina di base</b>	230	224	34
<b>Cospicua</b>	101.5	94	23
<b>Servizi psichiatrici</b>	20.8	34	4
<b>Ricoverati in ospedale</b>	3.4	10	0.7

\*Prevalenza 1 settimana

Dati di prevalenza ed incidenza derivati dalla letteratura internazionale per le patologie schizofreniche indicano una prevalenza annuale per tali disturbi nella popolazione compresa fra l'1,3 ed il 7 per mille, mentre i tassi di incidenza annuale sono compresi fra lo 0,1 e lo 0,5 per mille. I Registri Psichiatrici dei Casi (RPC) riportano la frequenza di pazienti in trattamento presso i servizi specialistici di una determinata area geografica (quarto e quinto livello di Goldberg ed Huxley).

Nel periodo tra il 1987 ed il 1990 in 5 aree che utilizzano RPC (Arezzo, Caltagirone, Legnano, Portogruaro e Verona Sud) si sono evidenziati tassi di prevalenza medi annuali della patologia psichiatrica pari al 9,77 per mille, mentre i tassi di incidenza media annuale risultano nello stesso periodo pari al 2,31 per mille (cfr. Tabella n.2 da Domenichetti S. e Miceli M. La patologia psichiatrica in Italia in La salute in Italia Rapporto 1999 a cura di M.Geddes e G.Berlinguer).

Le diverse aree geografiche italiane mostrano una discreta variabilità nella morbilità specifica e totale, probabilmente in relazione con la diversa accessibilità e stile operativo dei diversi servizi.

Tabella n. 2 - Tassi annuali di prevalenza della patologia psichiatrica (per mille abitanti). Medie del periodo 1987-1990 in 5 aree italiane sedi di RPC.

<i>Diagnosi</i>	<i>Arezzo</i>	<i>Caltagirone</i>	<i>Legnago</i>	<i>Portogruaro</i>	<i>Verona Sud</i>
<b>Psicosi schizofreniche</b>	3.60	2.24	2.37	3.05	1.69
<b>Psicosi distimiche</b>	1.59	0.30	0.57	0.53	0.74
<b>Nevrosi e dist. Psicosom</b>	6.12	2.35	1.46	4.39	4.08
<b>Disturbi di personalità</b>	0.50	0.32	0.35	0.39	0.87
<b>Psicosi organiche</b>	0.51	0.19	0.12	0.60	0.25
<b>Altre diagnosi</b>	3.05	2.23	0.43	1.48	2.46
<b>Tutte le diagnosi</b>	15.37	7.63	5.30	10.44	10.10

Questi elementi, ed il diverso orientamento all'utilizzo per più ampie tipologie di problemi, rendono conto dei tassi di prevalenza doppi nelle aree coperte da RPC a livello europeo.

Il confronto tra morbilità nella popolazione generale e popolazione in cura mostra che solo 1 persona su 20 con disturbi psichici accede ai servizi specialistici: ciò è in relazione con variabili socio-culturali, di gravità del disturbo e di accessibilità ed organizzazione dei servizi specialistici stessi.

Per quanto attiene ai dati di mortalità, in una recente revisione degli studi sulla mortalità in presenza di disturbi psichici è stato evidenziato un tasso di mortalità quattro volte superiore nei soggetti schizofrenici rispetto alla popolazione generale. L'eccesso di mortalità era attribuibile per il 59% a cause naturali (nell'ordine malattie respiratorie, digestive, genito-urinarie) e per il 41% a cause violente (suicidi, incidenti, omicidi). Tali dati, nella loro tendenza, sono confermati da studi relativi a pazienti psichiatrici trattati in contesti assistenziali comunitari italiani.

Nei disturbi psichici il rischio di suicidio appare particolarmente elevato e, pur nella complessità del fenomeno suicidio in cui incidono componenti di contesto, eventi psicosociali e caratteristiche individuali, le componenti psicopatologiche rappresentano il fattore di rischio più importante. Per quanto riguarda il territorio locale, non sono disponibili dati di prevalenza ed incidenza provenienti da studi di popolazione realizzati in Umbria; il quadro emergente dai dati sopra citati andrà dunque letto alla luce dei tassi di utilizzazione annuale dei servizi di salute mentale umbri.

## **A.2) Aspetti problematici**

Come noto, i servizi di salute mentale in Umbria, hanno conseguito importanti risultati in ordine alla capillarità di presenza e radicamento nel territorio e nelle comunità locali. In quanto soggetti fornitori di programmi di cura complessi, in regime di continuità di cura ed integrazione degli interventi, sia per utenti adulti che per minori, hanno pure svolto una importante funzione di analizzatore dei bisogni della comunità, in particolare in merito alla rilevazione di fattori di rischio psicopatologico anche in aree di disagio sociale. Hanno realizzato stabili collaborazioni con soggetti, istituzioni, agenzie e servizi operanti nello stesso ambito comunitario, al fine di realizzare in modo integrato interventi preventivi e riabilitativi.

A fronte di tali risultati e, più di recente, in seguito alla attuazione della DCR n.372 del 7/7/97 “Piano regionale di riorganizzazione dei servizi e della tutela della salute mentale” che verranno affrontati di seguito, permangono aspetti problematici che attendono di essere affrontati, anche nel quadro della acquisizione ed attuazione del Progetto Obiettivo Nazionale “Tutela della Salute Mentale 1998-2000”:

- Necessità di completare la rete dei SPDC, così come già delineato nel Piano Sanitario Regionale 1989-1991 e nella DCR n.372 del 7/7/97, e di garantire i parametri di posto letto definiti nella DCR stessa e quindi livelli uniformi di qualità ed accessibilità delle strutture di ricovero ospedaliero a livello regionale. Tale priorità è dettata dalla condizione di difficoltà operativa che si è registrata negli ultimi anni a carico delle risposte situate in area ospedaliera: il sovraffollamento dei SPDC (di Perugia e Terni), conseguenza anche del carico di utenti provenienti dai DSM privi di tali servizi, la scarsa definizione dei rapporti con le Aziende Ospedaliere hanno prodotto (in particolare nel caso di Terni) condizioni di marginalità e conseguente riduzione degli standards qualitativi della accoglienza. Tali problematiche configurano il rischio di riattivazione di troppo grandi “contenitori” di degenza e lungodegenza di pazienti psichiatrici in cui è difficile garantire adeguata qualità di cure.
- Necessità di esplicitare obiettivi di salute ed interventi prioritari da compiere nell’ottica di tutelare la salute mentale nell’intero ciclo di vita, con particolare attenzione alle patologie mentali gravi ed ai disturbi psicopatologici insorgenti in età evolutiva.
- Necessità di messa a punto delle metodologie di lavoro di gruppo nell’ambito di modelli di collaborazione multiprofessionale.
- Necessità di attuare iniziative formative e di aggiornamento del personale sistematiche e mirate che rendano disponibili all’utenza approcci e trattamenti specifici ai migliori standard qualitativi e basati, ove possibile, su prove di efficacia.
- Necessità di sviluppare linee guida relative a “buone pratiche” in particolare per procedure complesse che richiedano la partecipazione di diversi professionisti e di diversi servizi.
- Necessità di attuare valutazioni sistematiche in ordine all’efficienza e all’efficacia dei servizi ed al monitoraggio della spesa.
- Necessità di previsione e corretta gestione dei bisogni di residenzialità psichiatrica per media e lunga degenza ed evitamento del rischio di forme di “nuova istituzionalizzazione”.
- Necessità connesse con la carenza di risorse umane e strumentali registrabile in modo diversificato nei diversi servizi dei DSM umbri.

- Necessità, al fine di garantire la qualità delle risposte assistenziali in regime domiciliare e nelle strutture intermedie, di definire modelli di collaborazione e di rapporti pubblico-privato con i nuovi soggetti erogatori, nell'ambito delle procedure di accreditamento.
- Necessità di sviluppare una piena integrazione del sistema di servizi di salute mentale con i servizi sociali e sanitari distrettuali ed ospedalieri.
- Necessità di sviluppare il ruolo strategico degli enti locali (Comuni) nel contribuire alla definizione e realizzazione di politiche di salute mentale innovative ed intersettoriali.
- Necessità di sviluppare strategie formative ed operative connesse con le trasformazioni della vita comunitaria connesse al fenomeno della globalizzazione e delle dinamiche socio-culturali legate ai flussi migratori.

### **A.3) Stato dell'arte a livello normativo ed istituzionale regionale**

La Regione dell'Umbria con Delibera del Consiglio Regionale n.372 del 7/7/97 ha approvato il "Piano regionale di riorganizzazione dei servizi e della tutela della salute mentale". Le azioni in esso contenute sono sinteticamente riassumibili come di seguito:

- definitivo superamento dell'ex Ospedale Psichiatrico di Perugia e della sezione di Spoleto;
- riorganizzazione dipartimentale dei servizi di salute mentale;
- riorganizzazione della rete delle strutture residenziali e semiresidenziali dei DSM;
- attivazione del sistema informativo psichiatrico.

In ordine alle strategie sopra richiamate, quel piano regionale ha avuto, ad oggi, la seguente attuazione:

- È stata realizzata la definitiva destrutturazione dell'ex O.P. con la realizzazione di una Residenza Protetta per n.59 ex degenti, compresa nell'area delle strutture per anziani e disabili, e di due nuove comunità terapeutiche, comprese nell'area della residenzialità psichiatrica, per n.20 ex degenti, nel territorio di competenza della Azienda USL n.2; con la realizzazione di una RSA per n.15 ex degenti nel territorio di competenza della Azienda USL n. 3.
- Sono stati istituiti 4 Dipartimenti di Salute Mentale, coincidenti con il nuovo assetto territoriale delle ASL della regione Umbria. La soluzione organizzativa costituita dal Dipartimento di Salute Mentale, pur essendo caratterizzata da peculiarità nella sua attuazione nell'ambito delle diverse Aziende Sanitarie umbre, grazie anche alla chiara individuazione della tipologia delle diverse componenti organizzative e delle loro funzioni, consente e garantisce la presa in carico dei pazienti e la continuità, unitarietà ed integrazione degli interventi terapeutico-riabilitativi.
- E' stata avviata la riorganizzazione delle strutture residenziali e semiresidenziali con la regolamentazione autorizzativa delle preesistenti e delle nuove strutture sulla base dell'adeguamento delle stesse ai requisiti strutturali ed organizzativi di cui al DPR14.1.97. Tale riorganizzazione vede la partecipazione del privato sociale e delle associazioni non-profit sia attraverso la cogestione delle strutture con i servizi sanitari, che attraverso la gestione diretta.
- E' stata avviata l'attivazione del Sistema Informativo regionale per la salute mentale attraverso la predisposizione, condivisione e sperimentazione degli strumenti di rilevazione, mentre deve essere messa a punto l'informatizzazione dello stesso.

### **A.4) Aree critiche sul piano organizzativo ed istituzionale**

L'area della salute mentale nell'ultimo anno è stata attraversata da momenti di forte incertezza e turbolenza organizzativa connessi con la ridefinizione del ruolo, delle funzioni, del grado di



autonomia finanziaria attribuiti ai DSM, in quanto dipartimenti territoriali, nell'ambito dell'assetto delle Aziende Sanitarie territoriali alla luce della Legge Regionale del 20/1/98 n.3, relativa all'ordinamento sanitario regionale, e del Piano Sanitario Regionale 1999-2001. Il Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale 1998-2000" e la legge di riforma-ter non contribuiscono ancora, per altro, a disegnare con sufficiente chiarezza il grado di strutturazione, autonomia ed articolazione dei DSM rispetto all'organizzazione dei Distretti.

Tale incertezza corrisponde alla necessità (e difficoltà) di garantire la unitarietà, integrazione e continuità degli interventi assistenziali psichiatrici e la permanenza di un punto di vista privilegiato per la definizione delle politiche aziendali per la tutela della salute mentale, da un lato e, dall'altro, la maggiore integrazione dei servizi per la tutela della salute mentale nell'ambito del sistema dei servizi sanitari e sociali territoriali ad afferenza distrettuale. La fase attuale è contrassegnata dalla necessità di armonizzare sul piano delle soluzioni organizzative le esigenze sopra citate.

***Appare infatti necessario non segnare una battuta d'arresto nel processo sancito dalla DCR n.372 del 7/7/97 in particolare in ordine alla garanzia dei risultati di continuità terapeutico-assistenziale ed equità, uso razionale delle risorse comuni a più servizi dei DSM, elaborazione delle politiche aziendali di salute mentale. Al contempo andranno garantite tutte le integrazioni necessarie al livello distrettuale, così come di seguito delineato al paragrafo Assetti organizzativi generali.***

#### **A.5) Risorse**

Un importante contributo alla risoluzione positiva delle incertezze della fase è dato dalla possibilità di realizzare gli investimenti e le acquisizioni di risorse previsti nel quadro dei "Progetti regionali relativi al finanziamento degli obiettivi a carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma della L.662/97" secondo quanto previsto nella DGR n. 640 del 5/5/1999.

### **B) PROBLEMI DI SALUTE**

I problemi di salute emergenti possono essere ricondotti a tre aree principali:

1. Patologie mentali gravi, e condizioni contrassegnate oltre che da diagnosi dell'area psicotica e dei disturbi di personalità anche da comorbidità organica, dipendenza da sostanze, appartenenza a nuclei familiari multiproblematici. Tali condizioni vanno a configurare un alto rischio di cronicizzazione e di emarginazione sociale, oltre che livelli di disabilità tali da compromettere l'autonomia e l'esercizio dei diritti di cittadinanza, e bisogni conseguenti di lungo assistenza in ambiti residenziali ad alta protezione, con rilevata tendenza all'incremento dei casi difficili da trattare anche in tali contesti.
2. Situazioni di rischio e danno psicopatologico in età evolutiva che richiedono in termini generali di svolgere una effettiva azione di prevenzione mediante l'individuazione dei fattori di rischio e la valorizzazione dei fattori di protezione per la salute mentale dei soggetti in età evolutiva anche attraverso una stretta interazione con pediatri di libera scelta, istituzioni scolastiche, servizi di riabilitazione per l'età evolutiva, servizi sociali, oltre che di ridurre la prevalenza e la gravità clinica delle situazioni psicopatologiche attraverso interventi terapeutici specifici in particolare di tipo psicoterapico.
3. Area dei disturbi affettivi comuni e delle patologie di confine (demenze ed handicap). Si tratta di condizioni che interessano utenti che non afferiscono ai servizi di salute mentale, che vengono conosciuti e trattati dal medico di medicina generale. La prevalenza, cronicità e disagio comunque connesso con i disturbi mentali minori o di moderata gravità (es. disturbi

depressivi) è tale che se essi non venissero adeguatamente gestiti a livello di servizi di base rischierebbero di impegnare significativamente le risorse dei servizi di secondo livello.

## C) OBIETTIVI

1. Ridefinire criteri e procedure per la accoglienza ed individuazione, terapia e riabilitazione delle Patologie mentali gravi, così come definite nel precedente paragrafo. Tali obiettivi sono correlati con la ottimizzazione delle procedure di presa in carico e trattamento precoce di tali disturbi, oltre che con il miglioramento del collegamento tra servizi invianti e strutture intermedie e del funzionamento delle équipes multiprofessionali, con la elaborazione e diffusione di linee guida per la promozione di pratiche “evidence-based”. La loro quantificazione è subordinata alla definizione, entro il 2001 delle relative baselines.
2. Riorganizzazione delle risposte ai bisogni connessi con il rischio ed il danno psicopatologico in età evolutiva ed organizzazione della collaborazione con gli altri servizi sociali e sanitari ad essa dedicati.

Le prestazioni da garantire in questo ambito vanno programmate in una logica di integrazione (tra sociale e sanitario, tra salute mentale e servizi di riabilitazione per l'età evolutiva, in collaborazione con le istituzioni scolastiche e con la famiglia). Resta la necessità di alimentare e potenziare le competenze professionali che sono alla base di risposte specifiche alla sofferenza psichica in età evolutiva.

3. Ridefinizione della integrazione con la rete sanitaria primaria e con gli altri servizi specialistici per la cura di patologie di confine (es. demenze, handicap, dipendenze da abuso di sostanze legali ed illegali) e dei disturbi affettivi comuni.

## D) ASSETTI ORGANIZZATIVI GENERALI

Quanto precedentemente enunciato prefigura necessità di aggiornamento e ridefinizione dei processi organizzativi che garantiscano le integrazioni funzionali necessarie al conseguimento degli obiettivi di salute. In particolare andranno garantiti i seguenti livelli di integrazione:

- Integrazione a livello del distretto per quanto attiene programmi e protocolli operativi con MMG e Pediatri nel territorio di competenza e con i servizi afferenti al Dipartimento Materno Infantile, come i servizi di riabilitazione per l'età evolutiva, con il servizio sociale, e con i servizi handicap per adulti, con il Dipartimento per le dipendenze.

Per quanto riguarda l'obiettivo di salute di cui al punto 2 vanno attivate integrazioni funzionali con i MMG e Pediatri, con i servizi afferenti al Dipartimento Materno Infantile, con il servizio sociale al fine di garantire la messa a regime di processi organizzativi e procedure finalizzati a:

- facilitare l'accesso agevole degli utenti al percorso di cura, favorendo l'avvio al servizio più competente per il caso;
- strutturare protocolli per realizzare precoci e corrette valutazioni multidisciplinari e collaborazioni stabili tra servizi per la gestione di casi con bisogni complessi;
- strutturare, in particolare per la riabilitazione psico-sensorio-motoria, protocolli per la valutazione integrata e criteri per la presa in carico;

- individuare e collaborare con ambiti che consentano la riabilitazione psicosociale di minori con gravi difficoltà di sviluppo (scuola materna, scuola dell'obbligo, laboratori, centri di animazione);
- fornire consulenza e collaborazione a strutture intermedie che accolgono minori.

Per quanto riguarda l'obiettivo di salute di cui al punto 3, trattandosi prevalentemente di azioni da svolgere ridefinendo modalità di consulenza e coordinamento e pertanto, in questa fase, di ridefinizione di processi organizzativi, questi ultimi possono essere, nel triennio, così finalizzati:

- miglioramento della razionalità di trattamento farmacologico e definizione della soglia di invio ai servizi specialistici, mediante la attivazione di procedure di collaborazione e consulenza stabili e continuative con i medici di medicina generale. E' essenziale pertanto assicurare formazione permanente al livello primario per la gestione di tali disturbi, garantire ai professionisti collegamenti stabili con i servizi specialistici per avere regolare supporto ed agevole possibilità di invio dei casi più gravi;
- Sviluppo di collegamenti efficaci anche relativamente alle patologie mentali gravi per assicurare l'invio precoce ai servizi specialistici, oltre che la condivisione delle informazioni e la collaborazione per la gestione della comorbidità.

- Presenza nel Comitato di dipartimento dei DSM di MMG e Pediatri di libera scelta.
- Integrazione tra dipartimenti, in particolare con il DMI ed il Settore Sociale per la definizione delle politiche aziendali di integrazione delle tematiche ad essi pertinenti.
- Integrazione operativa sui singoli casi tra i CSM e gli altri servizi distrettuali oltre che con i MMG ed i pediatri. In particolare con questi ultimi (MMG e Pediatri) andranno definite occasioni formalizzate e stabili per la collaborazione (es. Conferenze periodiche, gruppi con incontri a cadenze regolari, reperibilità ad hoc degli operatori della salute mentale, filo diretto telefonico, ecc. onde garantire la necessaria consulenza e collaborazione).
- Ridefinizione dei rapporti con le Aziende Ospedaliere. In particolare:
  - revisione delle convenzioni con le Aziende Ospedaliere di Perugia e Terni per quanto attiene i SPDC. Tali convenzioni debbono contenere le indicazioni relative alle collocazioni logistiche più adeguate nell'ambito delle aziende stesse, alla quantità e qualità degli spazi messi a disposizione, alla fruizione dei servizi generali ospedalieri, alla reciprocità nella effettuazione degli interventi consulenziali;
  - definizione dei protocolli e standard operativi per gli interventi di urgenza, compresa la gestione della crisi ed il collegamento con la rete 118 e per la gestione delle consulenze specialistiche e della comorbidità.

Costituisce obiettivo nel corso del primo anno la definizione e messa a regime dei protocolli operativi per gli interventi di urgenza e di collaborazione con il 118.

Costituiscono obiettivi nel triennio il completamento della rete dei SPDC come da DCR n.372 del 7/7/97, la revisione delle convenzioni con le Aziende Ospedaliere relative a tali servizi, così come sopra specificato, nonché la previsione dell'attività di SPDC all'interno del Nuovo ospedale di S.Andrea delle Fratte e la relativa integrazione nel progetto edilizio.

- Definizione dei protocolli operativi per interventi integrati in età evolutiva, handicap adulti, pazienti anziani, demenze (percorso-utente, titolarità presa in carico, modalità di collaborazione, verifiche).
- Definizione di protocolli operativi, per quanto attiene all'assistenza psichiatrica, connessi con il passaggio della medicina penitenziaria nell'ambito del SSN.
- Ridefinizione dei livelli di integrazione sociosanitaria ed azioni di depsiichiatriizzazione dei bisogni di pazienti psichiatrici.

Per garantire l'unitarietà degli interventi, al di là delle scelte gestionali effettuate dai Comuni, è necessario che nelle aree di attività di cui all'art. 31, comma 1 della legge 3/97, tra cui è compresa l'area "recupero psicofisico e risocializzazione dei malati mentali", l'integrazione tra sociale e sanitario sia perseguita su progetti assunti all'interno di intese programmatiche fra il Comune, o i Comuni in forma convenzionata, e l'Azienda Sanitaria.

Ciò assume particolare rilevanza per quanto attiene a:

- garanzia di sviluppo da parte degli enti locali di interventi di prevenzione primaria nell'ambito della programmazione locale e regionale e della verifica dei risultati delle aziende sanitarie nel campo della tutela della salute mentale;
- ambito della residenzialità di tipo risocializzante per adulti, pazienti o ex pazienti psichiatrici, attraverso la destinazione di quote di alloggi di edilizia residenziale pubblica e per utenti in età evolutiva che necessitino di accoglienza in strutture socioassistenziali;
- potenziamento degli inserimenti lavorativi, favorendo la collaborazione con diversi soggetti (servizio sociale del Comune, servizio sociale della USL, privato sociale, privato imprenditoriale) e la istituzione di servizi di accompagnamento al lavoro (SAL) intesi come servizi di promozione sociale per soggetti svantaggiati, finalizzati all'occupabilità, attraverso l'individuazione di strategie e misure di sostegno e di collocamento mirato. Essi operano una funzione di mediazione tra l'ambito socio-sanitario della riabilitazione e della risocializzazione e l'ambito economico-produttivo, attraverso azioni di accompagnamento diretto e stabilendo rapporti con le strutture deputate alle politiche attive del lavoro (come da Bozza del Piano Sociale Regionale).

In merito all'utilizzo del Fondo Sociale regionale si rimanda ai criteri di ripartizione individuati nella Bozza del Piano Sociale regionale.

Costituiscono obiettivi nel triennio:

- Incremento delle opportunità di inserimento lavorativo di utenti affetti da patologie mentali gravi in carico ai CSM e miglioramento della appropriatezza di tali interventi.
- Miglioramento nella definizione dei rapporti con i Comuni relativamente al supporto sociale, economico e di soluzioni abitative per utenti dei CSM.
- Formulazione di Patti territoriali per la salute mentale tra molteplici soggetti (sanitari e sociali, pubblici e privati, istituzioni ed enti locali) volti alla valorizzazione delle risorse umane e materiali del territorio.

## **E) SISTEMI OPERATIVI TECNICO SPECIFICI**

Lo sviluppo di linee guida di buona pratica è in relazione alla garanzia di qualità dei processi di cura sia della medicina di base che dei servizi specialistici.

Le linee guida dovranno essere sviluppate in collaborazione tra i vari profili professionali e centrate sugli elementi multiassiali del processo di cura, prevedendo nel panel degli esperti anche la presenza di epidemiologi, medici di sanità pubblica e economisti sanitari.

## **F) SISTEMI OPERATIVI PER L'APPROPRIATEZZA GESTIONALE**

### **F.1) Attribuzione e gestione delle risorse**

Il presente atto di indirizzo fa proprie le indicazioni tecniche, gli obiettivi e le attribuzioni contenute nella DGR 640 del 5/5/1999 "Finanziamento di progetti regionali per il perseguimento di obiettivi prioritari inseriti nel PSN 1998/2000" approvazione progetti", fatta salva la consistenza delle

somme disponibili che verrà determinata di anno in anno con DGR e che per il 1999 ammontano a £ 4.007 milioni, così come previsto dalla Legge 662/97”.

I finanziamenti verranno attribuiti tramite Assegnazione Regionale con destinazione vincolata alle Aziende USL delle quote calcolate sui progetti attuativi e verifica dell'attuazione. Verranno predisposti dispositivi di recupero delle somme non spese.

## **F.2) Sistemi di contabilità**

Le aziende sanitarie e l'Assessorato avvalendosi dei sistemi di contabilità economico - patrimoniale e analitica determinano i costi attribuibili ai servizi chiamati a realizzare il presente atto di indirizzo in modo da poter effettuare analisi costi - efficacia e costi efficienza e comparazioni tra servizi regionali e/o di altre regioni.

## **F.3) Valutazioni di processo e di esito**

Quanto stabilito dal presente atto di indirizzo dovrà trovare soluzioni attuative da parte delle aziende sanitarie umbre

Per la valutazione di processo e di risultato, verificabile attraverso il riscontro del raggiungimento degli obiettivi annuali, sarà costituito a livello regionale un apposito gruppo di lavoro con la presenza di delegati delle direzioni aziendali.

Sarà inoltre attivato un tavolo di consultazione a cadenza almeno annuale con le organizzazioni degli utenti per la verifica delle accessibilità dei servizi e della percorribilità delle soluzioni assistenziali qui proposte.

## **F.4) Accredimento strutturale e professionale e formazione continua**

In base alla normativa nazionale, i centri umbri dovranno essere accreditati nei tempi indicati e secondo le modalità previste.

Tutti servizi dovranno rispondere a precisi requisiti di attività e attivare processi di formazione ed aggiornamento del personale che garantiscano l'accredimento professionale e conseguentemente, qualità e appropriatezza dei sistemi operativi tecnico-specifici..

Nella definizione di quanto previsto in materia di accreditamento strutturale e professionale, la Regione si avvarrà del gruppo di lavoro previsto nel paragrafo F.3.

## **F.5) Supporti conoscitivi: epidemiologia, sistema informativo, ricerca**

F.5.1) La redazione del presente atto, risente negativamente della scarsa definizione della situazione epidemiologica in Umbria per quanto riguarda la salute mentale. Si tratta di una carenza che va superata nell'arco di vigenza del piano, attraverso un ampio e partecipato processo di individuazione dei fenomeni da osservare e degli indicatori più opportuni ed attendibili.

F.5.2) Impostare un corretto sistema di rilevazione, sorveglianza e valutazione che, rapidamente superi l'assenza di una raccolta sistematica e continuativa di dati relativi all'utenza ed agli esiti degli interventi realizzati, oltre che relativi agli interventi stessi, costituisce quindi un importante obiettivo del triennio.

La messa a regime del Sistema Informativo regionale per la salute mentale come da Delibera n.2327 del 13/5/98, avrà la finalità di produrre, in particolare, informazioni relative alle caratteristiche diagnostiche, di disabilità, di comorbidità, di variabili extracliniche, di esito dell'utenza che afferisce ai servizi di salute mentale, oltre che ai patterns operativi di questi ultimi, e di definire baselines relative agli indicatori di risultato sopra enunciati.

E' necessario che il S.I. assicuri, a livello regionale il monitoraggio dei seguenti indicatori:

- prevalenza ed incidenza di malattie mentali per sesso e gruppi di età
- prevalenza ed incidenza di suicidio, atti violenti, uso concomitante di alcool e droghe tra i pazienti psichiatrici
- prevalenza di disturbi psichici a livello di medicina di base

- numero e durata di episodi di ospedalizzazione
- fattori di rischio correlati con genere, età, gruppi etnici, povertà, immigrazione
- analisi dei costi dei sistemi di cura e delle loro componenti a livello dei servizi la possibilità di ritorno in tempo reale dei propri dati di utenza e di attività, agli utenti la necessaria confidenzialità.

F.5.3) La ricerca finalizzata regionale individua per il 2000 come tema di ricerca l'analisi epidemiologica dello stato di salute mentale in Umbria, mentre nel 2001 il tema verterà sulla valutazione di qualità dei DSM.

## **G) MANUTENZIONE DEI CLIMI ORGANIZZATIVI E GESTIONE DEI RUOLI ESTERNI**

Per garantire risultati in termini di efficacia e di qualità delle prestazioni, i singoli professionisti si devono sentire coinvolti a pieno titolo nella organizzazione del lavoro, responsabili delle proprie azioni e motivati nel perseguimento di obiettivi di qualità da raggiungere, non in termini individualistici, ma con un forte senso di lavoro di gruppo, di integrazione e di partecipazione alle scelte programmatiche.

### **G.1) Clima interno**

E' importante prevedere

- possibilità di scambi di opinioni con tutti i professionisti, gli operatori sanitari e amministrativi coinvolti nei vari processi di assistenza o di organizzazione dei servizi e attività;
- che le rappresentanze delle professionalità partecipino ai momenti formali consultivi e decisionali (Consigli di Dipartimento, riunioni di servizio, conferenze dei servizi ecc.);
- sistemi premianti che motivino gli operatori;
- informazioni e corsi di formazione rivolti agli operatori al fine di sviluppare capacità relazionali e di interazione culturale con gli altri professionisti.

### **G.2) Ruoli esterni**

*Le relazioni con i soggetti esterni al SSN dovranno essere regolate da opportuni protocolli e/o convenzioni, in cui siano definite le loro modalità di coinvolgimento e/o partecipazione.*

## **H) CALENDARIO DEGLI IMPEGNI PER IL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PIANO**

1) Entro il primo anno:

- messa in opera delle integrazioni funzionali, definizione dei piani di lavoro e dei protocolli operativi.

2) Entro il secondo anno:

- messa in opera delle azioni programmate nell'ambito di ciascuna Azienda Sanitaria ed avvio delle procedure di accreditamento.

3) Entro il terzo anno:

- valutazione di qualità dei servizi di salute mentale.

## 5.2.7 RIDUZIONE DEL DANNO DA DIPENDENZE

### A) CORNICE

**A.1)** Dalla seconda Conferenza nazionale sulle droghe (Napoli, 1997) era già emersa l'esigenza unanime di una profonda revisione dell'assetto organizzativo e degli indirizzi dell'intero settore delle tossicodipendenze per almeno i seguenti quattro motivi:

- evidenziazione delle profonde modifiche intervenute nella diffusione delle sostanze, nelle manifestazioni della tossicodipendenza e nei nuovi programmi ed indirizzi di intervento rispetto all'emanazione del DPR 309/90 e del DM 444/90;
- sostanziali variazioni del quadro legislativo e dell'assetto normativo ed organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale, successive al DPR 309/90 e a partire dalla L.502/92;
- definizione ed impostazione di un nuovo rapporto tra i diversi soggetti, pubblici e privati e del volontariato che operano nell'area delle dipendenze;
- necessità di individuare e rimuovere le cause che hanno reso largamente inapplicato il DM 444/90.

**A.2)** L'Accordo Stato-regioni per la **“riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti”** (provvedimento del 21/1/99, G.U. 15/3/99 n. 61) avvia il processo di riorganizzazione complessivo nell'area della dipendenza con l'obiettivo generale della tutela della salute, psico-fisica-sociale, di tutte le persone con uso/abuso/dipendenza da sostanze illegali e legali, attraverso la programmazione, l'offerta e la valutazione di una gamma articolata ed integrata di interventi preventivi, terapeutici, di tutela della salute, di riabilitazione e di reinserimento sociale in merito ai problemi correlati all'uso/abuso/dipendenza sia da droghe illegali, sia da droghe legali. Tale processo, in accordo con le indicazioni del PSN 1998/2000 (obiettivo IV: Rafforzare la tutela dei soggetti deboli) e del PSR 1999/2001 e con gli attuali indirizzi nazionali di politica sanitaria e sociale in materia di dipendenze, presuppone un approccio globale e scientifico ai problemi di salute connessi all'uso/abuso/dipendenze da sostanze illegali (eroina, cannabinoidi, cocaina, ecstasy, ecc) e da sostanze legali (tabacco, alcool).

**A.3)** Nell'ambito dell'offerta di tutte le prestazioni terapeutiche ed assistenziali riconosciute valide al fine della tutela della salute della persona con problemi di abuso si colloca la **“riduzione del danno”** quale politica socio-sanitaria finalizzata a ridurre i danni e i rischi, individuali e collettivi, che l'uso di droghe e le situazioni di marginalità e di disagio ad esse correlate procurano in campo sanitario e sociale. Gli obiettivi e gli strumenti di tale politica socio-sanitaria derivano da un'analisi delle condizioni sociali-culturali-sanitarie in cui si colloca l'uso di sostanze stupefacenti:

- le droghe, pur in presenza di legislazioni che ne vietano la detenzione, la vendita, il consumo, vengono sempre più utilizzate;
- le condizioni di salute dei consumatori di droghe illegali, i comportamenti assunti ed i conseguenti rischi e danni, individuali e collettivi, derivano strettamente dalle condizioni di illegalità del mercato che condiziona il loro percorso esistenziale, sociale, sanitario, disciplinare, sanzionatorio, penale;
- la dipendenza può essere superata, più o meno rapidamente, attraverso un processo di maturazione personale, incentivato e sostenuto da norme giuridiche e da politiche sanitarie e sociali che mettano in condizione il tossicodipendente, che non è in grado di scegliere l'astinenza, di non morire;
- solo un numero irrilevante di tossicodipendenti accede ai servizi socio-sanitari: molti di loro sono refrattari ad ogni trattamento che ponga come condizione la disintossicazione e quindi vanno a costituire il “sommerso”, quantitativamente imponderabile;

- la ricerca della dose e del denaro necessario per il suo acquisto, in condizioni di mercato illegale, costringono i tossicodipendenti a comportamenti devianti (prostituzione, microcriminalità, spaccio, ecc.) che segnano il percorso esistenziale-sociale-penale alimentando così la progressiva emarginazione, solitudine, stili di vita irregolari e marginali che incidono direttamente sullo stato di salute e sulla qualità della vita.

Si tratta pertanto di operare per evitare o ridurre i danni correlati all'uso delle sostanze in condizioni di mercato illegale, quali:

- uso promiscuo di siringhe e conseguenti rischi di infezioni (HIV, epatiti, endocarditi, flebiti ecc);
- overdose dovuta all'instabilità e all'imprevedibilità dei dosaggi delle "droghe di strada";
- stile di vita irregolare e marginale, mancata integrazione sociale e precario stato di salute, comportamenti indotti dai costi delle "droghe di strada";
- stato di detenzione conseguente ai comportamenti illegali.

Obiettivo generale è la tutela della salute globalmente intesa attraverso la definizione di obiettivi specifici che vanno dalla induzione di uno stile di vita meno rischioso, al raggiungimento di un equilibrio personale accettabile, alla soluzione della dipendenza.

Conseguenti gli strumenti, ossia la messa a punto di una gamma articolata di programmi a "bassa soglia" che non selezionano l'utenza in base ad una condizione di "drug-free", bensì adeguano l'offerta in base ai bisogni, ai percorsi ed alle risorse delle persone: unità di strada, programmi di mantenimento con farmaci sostitutivi, come il metadone, integrati da supporto psico-sociale, strutture intermedie a "bassa soglia" residenziali e/o semiresidenziali, attivazione delle risorse e delle abilità dei consumatori.

L'approccio legato alla riduzione del danno è basato su evidenze di efficacia. Nella consolidata esperienza nordeuropea, nella relativa letteratura scientifica, nella documentazione in materia di studi di efficacia degli strumenti operativi si evidenzia come in tali paesi, a differenza dei paesi del Sud Europa, si è registrato nel tempo una bassa incidenza delle infezioni trasmesse per pratiche iniettive non sterili e un positivo rapporto costo-beneficio in termini di miglioramento sia della qualità di vita dei tossicodipendenti, sia a favore dell'intera comunità (riduzione della criminalità, riduzione e contenimento della tensione sociale tra gruppi marginali, riduzione dei costi di ospedalizzazione e/o trattamento ecc). Recenti studi, presentati alla "X Conferenza internazionale sulla riduzione dei danni correlati all'uso di droghe" (Ginevra, marzo 1999), hanno evidenziato una significativa riduzione dei decessi da overdose a seguito di interventi coordinati e strutturati di riduzione del danno. L'ampia bibliografia in merito ai risultati sui trattamenti con metadone in termini di modifica dei comportamenti a rischio e di stabilizzazione della situazione di dipendenza, evidenzia che per tali finalità, pur nella possibilità di utilizzo del farmaco agonista all'interno di diversi protocolli terapeutici, è necessaria l'offerta di protocolli di mantenimento a lungo termine.

Le strategie di "riduzione del danno" vanno ben oltre l'emergenza AIDS. Anche in Italia, nel corso degli anni, si è aperto un maggior consenso verso un approccio di Sanità pubblica attento alla centralità e alla "qualità della vita" delle persone con abuso di sostanze, nell'ottica di una lettura epistemologica complessiva del diritto alla salute e nell'offerta di un orizzonte terapeutico complessivo con prestazioni e risposte a "bassa soglia" che si affiancano in modo complementare ed integrato ai diversi e articolati percorsi di prevenzione, cura, riabilitazione, aumentando così le potenzialità di azione-offerta del sistema articolato dei servizi e delle risorse permanentemente garantiti alla popolazione tossicodipendente attiva.

**A.4)** Anche nella Regione Umbria, come nel territorio nazionale, si confermano le principali linee di tendenza relative all'uso/abuso/dipendenza di **droghe illegali**:

- Aumento dei processi di esclusione sociale con un "sommerso" caratterizzato principalmente da due differenti tipologie di consumatori prevalentemente maschili: una realtà definibile di "nuova povertà", costituita da soggetti tossicodipendenti da eroina per uso endovenoso e/o da uso associato di alcool, con alta età media, "stanziali", residenti nel territorio, con resistenze e



scarsa motivazione ad intraprendere nuovi percorsi “drug free” con precarie condizioni igienico-sanitarie e situazioni di salute problematiche, spesso senza fissa dimora e con situazioni familiari e relazionali in genere compromesse o assenti; una realtà definibile “emergente”, di età più giovane, in gran parte stranieri, che non ha mai fatto ricorso ai servizi, con uso frequente di eroina associata ad alcool e psicofarmaci, con comportamenti a rischio dipendenti da stili di vita irregolari e marginali e con ingresso precoce nella microcriminalità.

- Conferma di un trend di crescita delle utenze ai Ser.T (nel periodo gennaio-dicembre 1997 hanno usufruito dei servizi offerti dagli 11 Ser.T dell’Umbria 3.102 soggetti tossicodipendenti con un incremento del 7% rispetto al 96) con prevalente diffusione nella popolazione maschile (rapporto utenti maschi/utenti femmine é pari a 4,9; dato nazionale 5,9) e “progressivo invecchiamento” della popolazione afferente (l’80,6% è compresa nella fascia di età tra i 20 e i 34 anni)
- Aumento dell’accesso ai Ser.t di utenti extracomunitari con problemi di tossicodipendenza e condizioni di vita precarie e marginali.
- Anche se l’eroina rimane la principale sostanza d’abuso primaria (nel periodo gennaio-dicembre 1997, su 3.051 utenti afferenti agli 11 Ser.T dell’Umbria, ben 2.676, pari al 87,7% ne fa uso (dato nazionale: 86,7%) ai tradizionali problemi di salute si aggiungono quelli conseguenti alle nuove tipologie di droghe immesse sul mercato ed in particolare dell’ecstasy, alle nuove modalità di consumo, alla estrema variabilità di pattern d’uso e di durata di assunzione, alla tipologia di consumatori.
- Aumento del consumo di alcool sia come sostanza primaria d’abuso sia come come sostanza d’abuso secondaria e del fenomeno della politossicodipendenza, ossia delle tendenza diffusa all’abitudine di associare più sostanze o ad usare le sostanze d’abuso secondarie (alcool, psicofarmaci) nei periodi in cui non é possibile reperire l’eroina.
- Rilevante la presenza di tossicodipendenti nelle carceri (nella nostra Regione sono presenti 4 Istituti Penitenziari: al 28 febbraio 1999 risultano complessivamente presenti 878 detenuti, di cui 251 tossicodipendenti, pari circa al 29% della popolazione detenuta).

**A.5)** A fronte di queste principali linee di tendenza nella nostra regione, accanto alla ricchezza e alla molteplicità delle azioni messe in campo sia al livello istituzionale, sia dai servizi sanitari e sociali di area pubblica e privata, si evidenziano delle “principali criticità” che ostacolano la piena valorizzazione, la sistematicità delle esperienze e l’efficace impiego di tutte le risorse attive nel campo:

- I Ser.T, quale unità operativa istituzionalmente assegnata alla prima accoglienza, cura e riabilitazione nell’area delle dipendenze, hanno dovuto avviare, nel corso degli anni e in risposta alla diversificazione dei bisogni psico-fisico-sociali delle persone con uso/abuso/dipendenza da sostanze illegali, un processo di ristrutturazione e di riqualificazione in servizi complessi, in grado cioè di dare risposte “plurime e differenziate”, ampliando l’offerta delle prestazioni di base e specialistiche. Tale processo non é stato finora sostenuto e valorizzato da una adeguata dotazione sia di risorse strutturali sia di personale, sia di specifici e mirati processi formativi e di aggiornamento.
- Mancanza di una strategia comune di intervento complessivo e globale tra i Ser.T e i servizi appartenenti a tutte le strutture primarie della Azienda (distretti; reparti ospedalieri; servizi di salute mentale; servizi di emergenza; pronto soccorso, ecc.) e tutti gli altri soggetti ed enti pubblici e privati che, a vario titolo e con varia responsabilità, operano nel territorio, nell’ottica della integrazione all’interno del comparto sanitario e tra questo ed il comparto sociale.

- Carezza di una “prassi culturale ed operativa” centrata sull’attività di programmazione, esercitata in sinergia tra tutte le risorse, sanitarie e sociali, impegnate nel settore, quale processo puntuale, necessario ed indispensabile per operare scelte rispondenti alle reali esigenze del territorio, per l’esplicitazione degli obiettivi di salute, delle modalità per perseguirli, della verifica e della valutazione degli interventi e dei risultati raggiunti.
- Mancanza di un sistema informativo a “rete” con il sistema di raccolta dati e di monitoraggio delle diverse risorse impegnate nel settore che garantisca, in modo costante e puntuale, elementi conoscitivi complessivi necessari per le attività di programmazione regionale ed aziendale, per la verifica e valutazione delle azioni intraprese in risposta alla specificità territoriale e alle modifiche e cambiamenti del fenomeno.
- Ritardo nell’avvio di un processo di costruzione di una “rete operativa” tra i medici di medicina generale e le risorse già impegnate nel campo con costruzione di un modello di intervento e di formazione per tale figura professionale.
- Incompleta e carente assunzione stabile nella “rete delle risorse” degli strumenti operativi della politica di “riduzione del danno”. L’équipe di operatori di strada attualmente operanti in alcuni territori di competenza delle Aziende sanitarie (Azienda USL n. 1 - Città di Castello; Azienda USL n. 2 - Perugia; Azienda USL n. 3 - Foligno) e la costituzione di un Coordinamento regionale per la politica socio-sanitaria di riduzione del danno, quale ambito permanente di confronto e di proposizione di azioni tra tutti i soggetti impegnati nella promozione e realizzazione degli strumenti operativi di tale politica, rappresentano i principali risultati di una intensa attività di ricerca e di elaborazione scientifica realizzata anche nella nostra regione fin dal 1990.

Le unità di strada risentono ancora, nonostante la comprovata necessità di attuazione e la sperimentata fattibilità di realizzazione della mancata dotazione di tutti i presidi sanitari (siringhe sterili mono-uso; preservativi; macchinette scambia siringhe, narcan) che oltre a limitare la trasmissione delle infezioni, coadiuvano il lavoro di self-empowerment e di attivazione delle risorse personali per l’assunzione di comportamenti di tutela della propria ed altrui salute, della mancata implementazione degli altri strumenti operativi della politica socio-sanitaria di “riduzione del danno”, come delle “strutture intermedie a bassa soglia” e della carente definizione dell’interfaccia con il sistema dei servizi, in particolare con i Ser.T e con le altre risorse del territorio, anche attraverso la definizione comune di protocolli di intesa e/o linee di indirizzo atti ad ottimizzare i rapporti tra gli stessi.

**A.6)** Un approccio scientifico e pragmatico ai problemi di salute correlati all’uso/abuso/dipendenza da **droghe legali** è stato ultimamente proposto in Francia dalla Commissione interministeriale in vista del piano triennale di azione nel campo delle dipendenze. Il Piano introduce una nuova classificazione delle droghe in tre gruppi basata sulla loro pericolosità in termini di rischi e danni per la salute: il primo comprende eroina, oppiacei, cocaina e alcool; il secondo gli psicostimolanti, le benzodiazepine, il tabacco; gli allucinogeni; il terzo la cannabis. I danni da tabacco e da alcool, dal punto di vista epidemiologico superano di gran lunga quelli da cannabis.

A fronte della inequivocabile evidenza epidemiologica relativa ai danni, in termini di mortalità prematura e di riduzione della qualità della vita e degli altissimi costi sociali provocati dall’**abitudine fumatoria** - circa 70.000 decessi per patologie correlate al fumo; 90% delle morti per tumore polmonare, 80% delle morti per broncopneumopatie croniche e 20-40% dei casi di morti per malattie cardiovascolari, aumentato rischio di basso peso alla nascita, ecc- risultano ancora poche e disarticolate le azioni per far sì che le giovani generazioni non adottino tale comportamento dannoso per la salute e per aiutare gli adulti fumatori ad abbandonare la propria dipendenza da nicotina. L’ultima rilevazione effettuata dall’Istituto Nazionale di Statistica-indagine multiscopo sulle famiglie e relativa al fine dell’anno 1995, evidenzia che, anche nella nostra regione, la percezione dell’entità dei rischi collegabili al fumo appare ancora inadeguata. I risultati di indagini

di prevalenza dell'abitudine al fumo nei giovani maschi all'età di 18 anni hanno evidenziato che nell'ultimo decennio la prevalenza di fumatori a 18 anni non è diminuita, né tantomeno la quantità media di sigarette fumate, non si è innalzata l'età modale di inizio all'abitudine e viene confermata l'associazione tra maggiore scolarità e minore abitudine fumatoria.

L'approccio di riduzione del danno **alcohol** correlato parte dal dato reale della diffusione del consumo di bevande alcoliche e della esposizione a diverse tipologie di rischio ad esso connesse. L'alcool è tra le sostanze psicoattive quella più diffusa e meglio integrata nel contesto culturale e sociale. Contrariamente alle droghe illegali, raramente l'alcool è vissuto come sostanza marginalizzante, a meno che non sia consumato in "eccesso". L'uso e a volte l'abuso rappresenta generalmente una pratica normale e socialmente condivisa. I dati sui consumi di alcool in Umbria, desunti dalle indagini multiscopo sulle famiglie dell'ISTAT condotte nel 1993-1994 e le relative stime per le attuali USL umbre ed i dati sulla quantità di alcool consumate dai giovani maschi di 18 della USL di Perugia risultanti da un'indagine condotta ad hoc dallo staff SEVQ USL n.2, evidenziano una maggiore percentuale, rispetto al territorio nazionale, di bevitori di vino, una maggiore percentuale di bevitori di più di 1/2 litro, un aumento della frequenza di consumatori di birra ed una percentuale lievemente superiore per i forti bevitori (più di mezzo litro al giorno).

Rispetto ai processi di cambiamento culturale che caratterizzano oggi il rapporto tra i giovani e l'uso di alcool, da molte indagini emerge:

- scarsa percezione del rischio e conoscenze generiche sui rischi e danni;
- età più a rischio sembra essere tra i 17 e 25 anni, età in cui si assiste ad un aumento del consumo e dei primi episodi di "abuso", correlati tragicamente alla mortalità per incidenti stradali;
- significativa influenza della famiglia sia in termini di rapporti educativi-relazionali sia in termini di atteggiamento dei genitori nei confronti del bere e dei coetanei come pressione del gruppo rispetto all'adozione di comportamenti "socialmente condivisi";
- diversificazione dell'uso e abuso in momenti specifici della giornata;
- fattori di benessere/integrazione che contribuiscono alla scelta consapevole di comportamenti favorevoli alla salute;
- uso ad "effetto" dell'alcool come sostanza sostitutiva di altre considerate più pericolose perché illegali.

## **B) PROBLEMI DI SALUTE**

### **B.1) Droghe illegali**

*B.1.1)* Alta morbosità e mortalità da droghe illegali: i comportamenti associati all'uso endovenoso di sostanze stupefacenti, assunte in un contesto illegale, determinano un eccesso di morbosità e mortalità attribuibile a diverse cause. Le malattie infettive, infezione da HIV ed epatiti, per uso promiscuo di materiali iniettabili non sterili e per rapporti sessuali non protetti rappresentano il capitolo più importante nell'ambito delle patologie correlate alla tossicodipendenza. Rispetto all'infezione da HIV, si continua a registrare una progressiva riduzione delle sier conversionsi (si è passati da una percentuale complessiva del 30,6% del 1991, al 12,9% nel 1993, all'attuale 9,6% nel 1997 - dato nazionale: 16,7%) con proporzione di soggetti infetti più bassa nei "nuovi utenti" di sesso maschile, con riduzione di incidenza nei maschi e giovani di entrambi i sessi e aumento di incidenza e prevalenza fra le donne tossicodipendenti per maggior rischio di trasmissione attraverso rapporti sessuali non protetti. Se la trasmissione parenterale appare essere sotto controllo (per effetto negli ultimi dieci anni delle azioni di informazioni-educazione, counselling, unità di strada, ecc) non altrettanto rassicurante è la persistenza di pratiche sessuali non protette, peraltro comuni alla popolazione generale.

Rispetto alle epatiti da virus B e C, che riconoscono nei tossicodipendenti il principale serbatoio di infezione, mentre negli anni si è registrata una progressiva riduzione delle sier conversionsi per

virus da epatite B (nel 1997 su 1.347 utenti dei Ser.T sottoposti all'esame sono risultati positivi 366 soggetti, pari al 27,2% del totale) rispetto invece all'epatite C, sia a livello regionale che nazionale, si registra un aumento delle sier conversionsi: nel 1997: su 1.564 accertamenti sierologici eseguiti, la percentuale di esami positivi è stata del 77,6% (dato nazionale: 67,1%). Questo dato rileva le difficoltà di comportamenti preventivi ed evidenzia le problematiche correlate alla gestione e trattamento dei pazienti.

*B.1.2) Alta mortalità da overdose: le overdoses da oppiacei, per l'instabilità e l'imprevedibilità dei dosaggi delle "droghe di strada" e/o per uso contemporaneo di sostanze in grado di deprimere i centri del respiro (alcol, psicofarmaci, ecc) rappresentano una delle principali cause di morte nei tossicodipendenti. Nella nostra Regione il confronto tra i decessi avvenuti dal 1992 al 1996 rilevano un incremento: le morti per overdose sono state 5 nel 1992, 6 nel 1993, 11 nel 1994, 20 nel 1995, 22 nel 1996. Nel 1997 i dati forniti dalla Direzione Centrale per i Servizi antidroga indicano il decesso di 14 persone (dato nazionale: 1.160) per cause direttamente riconducibili all'uso di droghe, nel 1998 risultano 11 decessi (dato nazionale: 1037) (sfuggono quei casi in cui la droga rappresenta una concausa indiretta di morte).*

Nella letteratura scientifica sono evidenziate situazioni maggiormente a rischio in cui la tolleranza agli oppiacei viene a ridursi: recente interruzione di un programma comunitario con rischio elevato per coloro che hanno interrotto il programma entro 6 mesi, recente scarcerazione, rapporto continuativo con il Ser.T inferiore ad un anno. Nella nostra Regione, a differenza di altre realtà nazionali, non sono state avviate attività di monitoraggio epidemiologico indispensabili per la conoscenza dell'entità e delle caratteristiche di tale problema di salute, delle sue variazioni temporali quali/quantitative, delle eventuali condizioni di rischio (età, poliassunzione, caratteristiche demografiche, livello di integrazione sociale, qualità e frequenza del rapporto con i servizi, durata dei programmi terapeutici, durata della permanenza in Comunità terapeutiche, carcerazione, ecc).

*B.1.3) Esclusione sociale: rispetto al "sommerso", ossia a quella quota di persone che fa uso di sostanze stupefacenti ma non affrisce ai servizi sanitari, si evidenziano come principali problemi di salute:*

- rischio di overdose strettamente correlato alle fluttuazioni periodiche quali-quantitative dell'offerta nel mercato illegale di eroina;
- conseguenza di queste fluttuazioni è l'assunzione di altre sostanze come psicofarmaci (soprattutto Darkene e Roipnol) reperibili o al "mercato nero" o su prescrizione medica, sostanze assunte spesso in associazione con dosi massicce di alcool;
- resistenze all'adozione di rapporti sessuali protetti in entrambi i sessi e difficoltà nell'acquisizione "duratura e consapevole" di pratiche iniettive sterili, sia per le precarie condizioni igienico-sanitarie dipendenti da stili di vita irregolari e marginali, sia per le difficoltà a reperire, dopo l'acquisto della sostanza, le siringhe sterili;
- cambiamenti repentini dei "clan degli spacciatori" con episodi di aggressione e di violenza per la "spartizione del mercato";
- consumo di sostanze in luoghi appartati per evitare i fermi, gli arresti, le azioni repressive di controllo, luoghi difficilmente raggiungibili in caso di intossicazioni acute;
- comportamenti illegali che accentuano le condizioni di marginalità e di esclusione sociale.

*B.1.4) Rispetto alla popolazione tossicodipendente detenuta, la condizione di **carcerazione** rappresenta generalmente un "buco nero" nel percorso terapeutico, un contesto in cui difficilmente la persona, portatrice di bisogni complessi, trova una reale "relazione di aiuto". Oltre alla difficoltà di reperire presidi sanitari (siringhe, preservativi) che riducono il rischio di contrarre e trasmettere infezioni, non sempre viene garantita la continuità terapeutica e gli interventi di carattere sanitario, sociale, educativo sono spesso carenti e discontinui, dipendenti da grosse variabili istituzionali sia*

interne, sia esterne all'Amministrazione penitenziaria. Gli interventi del volontariato sociale, pur se di buona qualità non sempre sono erogati in modo continuativo e costante e quindi in grado di superare la soglia minima di radicamento. A queste "storiche carenze" si aggiungono le nuove e specifiche problematiche correlate all'aumento delle persone detenute straniere tossicodipendenti. L'OMS con l'emanazione delle direttive note come "Principio di equivalenza delle cure" sancisce come inderogabile la necessità di garantire al detenuto le stesse prestazioni mediche e psico-sociali assicurare a tutti i membri della comunità, diritto tra l'altro previsto dall'art. 32 della nostra Costituzione. Il recente Decreto legislativo del 22 giugno 1999, n. 230 (G.U. n. 165 del 16/7/1999) in merito al " Riordino della medicina penitenziaria", nell'art. 1 ribadisce che "... i detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel PSN, nei PSR e in quelli locali". Con il decreto, dal 1° gennaio del 2000, le funzioni sanitarie di prevenzione e assistenza per i detenuti tossicodipendenti passeranno al SSN. Spetteranno alle Regioni le competenze in materia di organizzazione, programmazione e controllo, mentre alle Aziende USL quelle relative alla gestione dei servizi sanitari negli istituti penitenziari.

*B.1.5) Comorbilità psichiatrica:* anche in Umbria si registra da parte dei Ser.T un consistente aumento delle patologie psichiatriche associate e/o preesistenti alla condizione di tossicodipendenza. Un recente Simposio su "Comorbidity across the addiction" (Newcastle upon Tyne, settembre 1998) ha evidenziato la necessità di incentivare l'interesse e la ricerca europea sui problemi delle comorbilità tra disturbi psichiatrici e dipendenza da sostanze psicoattive, che si manifestano generalmente o perché ad un disturbo psichiatrico primario fa seguito un abuso di sostanze, o perché un abuso di sostanze facilita l'insorgenza di un disturbo psichiatrico, o per un parallelismo fra le due patologie che si manifestano indipendentemente. Sono stati studiati una serie di possibili fattori etiologici comuni tra le malattie mentali gravi ed i disturbi da abuso di sostanze: fattori socio-economici, fattori cognitivi, fattori di personalità ecc. Tale nuovo problema di salute richiede una adeguata e costante collaborazione tra i Ser.T ed i servizi di salute mentale sia per la gestione diagnostica differenziale sia per la scelta e la definizione di specifiche strategie terapeutiche, oltre allo sviluppo di ulteriori studi e ricerche per un maggior approfondimento scientifico sul tema anche al fine di programmare interventi adeguati e strutture idonee.

*B.1.6) Rischi e i danni correlati all'uso di "nuove droghe" nella popolazione giovanile:* le motivazioni all'assunzione (uso ludico-ricreativo), la tipologia dei consumatori (fascia d'età tra i 15 e i 24 anni; scolarità media-superiore, ecc) i luoghi di consumo (discoteche), il sistema di produzione e la rete di distribuzione, la ridotta percezione del rischio, sono i principali elementi di base che necessitano di ulteriori approfondimenti ed analisi al fine di programmare e realizzare specifici interventi di prevenzione primaria e secondaria finalizzati alla riduzione dei rischi e dei danni associati al consumo. Numerose esperienze realizzate nel territorio nazionale indirizzano verso interventi nei luoghi di consumo e di aggregazione della popolazione giovanile e attraverso l'utilizzo di specifici e differenziati "linguaggi" e "strumenti". Gli effetti dipendono da diversi fattori: quantità assunte, modalità e frequenza di assunzione, mix di sostanze, vulnerabilità personale, contesto di assunzione e sue implicazioni. In sintesi i principali rischi legati all'assunzione di tali sostanze sono:

- incidenti stradali sia per gli effetti delle sostanze assunte sia per le abitudini di orari spesso adottate;
- malattie a trasmissione sessuale per la diminuita "percezione del rischio" e conseguenti pratiche sessuali non protette;
- passaggio all'uso di altre sostanze.

## **B.2) Droghe illegali**

*B.2.1) Rischi e danni da tabagismo:* in Umbria i tumori maligni del polmone nei maschi rappresentano la prima causa neoplastica di morte come dato medio regionale. In termini di trends dal 1976 al 1993 i tumori del polmone avrebbero mostrato un incremento notevole nei maschi, mentre nel sesso femminile si è avuto un incremento molto più lieve e graduale. Per contrastare questo importante fattore di rischio per la salute che presenta aspetti complessi sia di tipo psicologico e socio-culturale sia aspetti politico-economici condizionanti la continua e crescente offerta sul mercato, occorre adottare politiche di intervento globali ed intersettoriali capaci di sviluppare alleanze, sinergie e partecipazione attiva di tutti i soggetti che hanno competenze e responsabilità in ambito educativo, sanitario, politico, economico, nel mondo del volontariato e dell'informazione. Per la prima volta sia nel PSN 1998-2000, sia nel PSR 1999-2001 si individua come prioritario il perseguimento di una serie articolata di obiettivi di salute tra cui la "promozione di comportamenti e di stili di vita in quattro aree chiave" con individuazione di precise iniziative da realizzare nel piano di vigenza del Piano anche in merito all'abitudine fumatoria.

*B.2.2) Problemi alcoolcorrelati:* nonostante le principali evidenze epidemiologiche inerenti la correlazione tra consumo di alcool e mortalità (per incidenti stradali, domestici e in ambiente di lavoro, per cirrosi e tumori) tra soglie di consumo associate a rischi significativamente aumentati di cirrosi epatica (consumo abituale, protratto per molti anni di almeno 40 gr di alcool al giorno per gli uomini e di almeno 20 gr al giorno per le donne) tra assunzione e costi sociali e sanitari (assenteismo, ospedalizzazioni, ecc) e tra uso inconsapevole e incidenti e/o comportamento sociali violenti anche tra i giovani, tra uso in gravidanza e sindrome feto-alcolica, l'attuale livello del consumo pro capite di alcool puro è pur lontano da quello considerato dall'OMS compatibile con un ottimale stato di salute della popolazione pur nella evidenziazione di una sostanziale, graduale riduzione dei consumi dal 1970 al 1993. In tale periodo inoltre si sarebbe registrata una riduzione della mortalità alcool-attribuibile nella popolazione italiana di età superiore a 15 anni: da 60.000 decessi nel 1973 a 40.000. Tale riduzione sarebbe principalmente attribuibile al forte decremento del numero di decessi per consumi elevati (> 100 g/die, 72,9%), mentre riduzioni di minore entità (-17,6%) o incrementi (+23,9%) erano evidenziati per medi (50-100 g/die) e bassi consumi (<50 g/die). Ciò suggeriva che la parte sommersa dell'iceberg dei problemi alcoolcorrelati (ovvero quella attribuibile a consumi normalmente considerati a basso rischio) ha una dimensione molto più elevata rispetto alla parte visibile dell'iceberg (ovvero quella dovuta a consumi considerati a maggior rischio) e che la dimensione non visibile è andata aumentando nel ventennio considerato. I dati relativi alla mortalità per cirrosi in Umbria, sembrano confermare una forte riduzione nelle classi di età 15-64 anni (intervalli in cui i decessi per questa patologia sono state considerate "morti evitabili") ed evidenziano specificità locali dovute sia a differenti pattern di consumo che a contributi più rilevanti, nella mortalità residua per cirrosi, delle patologie virali del fegato. Alla complessità delle variabili psico-socio-culturali che ne sottendono l'uso/abuso e che richiedono strategie preventive specifiche e mirate si aggiunge la molteplicità delle problematiche mediche, psicologiche, sociali delle situazioni di dipendenza da alcool che richiedono un incremento quali/quantitativo dei servizi sanitari operanti nel campo.

## **C) OBIETTIVI DI SALUTE E CONSEGUENTI AZIONI**

Gli obiettivi di salute prioritari sulle quali le Aziende Sanitarie umbre dovranno concentrare l'impegno nell'arco di validità del PSR 1999/2001 sono quelli indicati nelle seguenti tabelle relative sia alle droghe illegali, sia a quelle legali. Per ogni obiettivo vengono indicate le corrispondenti e specifiche azioni da realizzare al fine del raggiungimento dei medesimi.

## DROGHE ILLEGALI

<i><b>OBIETTIVI DI SALUTE</b></i>	<i><b>AZIONI</b></i>
<p>Ridurre l'incidenza delle malattie infettive, per uso promiscuo di materiali iniettabili sterili e per rapporti sessuali non protetti, di almeno il 20% per il 2001 nei tossicodipendenti afferenti ai Ser.T.</p> <p>Aumentare la percentuale di consumatori in contatto con il sistema di assistenza e ridurre la durata d'uso delle sostanze prima del contatto.</p> <p>Ridurre i processi di esclusione sociale e di emarginazione delle persone dedite all'uso di sostanze stupefacenti.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentare le potenzialità di azione-offerta complessiva della "rete dei servizi", operanti nell'area delle dipendenze, secondo un approccio pragmatico di tutela della salute individuale e collettiva centrato sulla integrazione e continuità tra interventi di "riduzione del danno" ed interventi "drug free".</li> <li>- Garantire il pieno dispiegamento operativo, la continuità e l'efficacia degli interventi di unità di strada.</li> <li>- Adottare e potenziare l'offerta di presidi sanitari (siringhe, preservativi, ecc.) che limitano la trasmissione delle infezioni (HIV, epatiti).</li> <li>- Implementare strutture intermedie a "bassa soglia", residenziali e/o semiresidenziali, per tossicodipendenti attivi, italiani e stranieri, con condizioni di forte disagio sociale.</li> <li>- Incrementare le attività di counselling per la modifica "duratura e consapevole" dei comportamenti a rischio.</li> <li>- Potenziare l'offerta di tutte le prestazioni terapeutiche e assistenziali riconosciute valide al fine della tutela della salute delle persone con uso/abuso/dipendenza da sostanze illegali.</li> <li>- Definire "protocolli operativi" tra i Ser.T, le unità di strada e le altre risorse sanitarie e sociali del territorio, al fine di garantire risposte appropriate e rapide ai bisogni di "quella persona", in "quel momento della sua esistenza".</li> </ul>
<p>Ridurre la mortalità da overdose nei tossicodipendenti da eroina e/o da poliassunzione.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informare ed educare i tossicodipendenti sulla modalità per ridurre il rischio di overdose.</li> <li>- Sviluppare attività informative ed educative nei confronti dei gruppi maggiormente a rischio (gruppi marginali; residenti in Comunità terapeutiche; detenuti in carcere; soggetti che hanno interrotto recentemente programmi terapeutici; persone con uso irregolare, ecc).</li> <li>- Incentivare comportamenti a basso rischio come l'assunzione per via inalatoria.</li> <li>- Acquisire informazioni tempestive sui quantitativi dei principi attivi rintracciati nelle sostanze sequestrate e sulla composizione delle sostanze da strada presenti sul mercato.</li> <li>- Dotare ciascun servizio di Naloxone e promuoverne la possibilità di fruizione da parte</li> </ul>

	<p>dei tossicodipendenti.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementare un sistema di monitoraggio epidemiologico puntuale ed in itinere con flussi di dati provenienti da tutte le risorse impegnate nel settore (Ser.T; unità di strada; servizi di emergenza; ospedale; laboratori di analisi; Forze dell'Ordine; Istituti Penitenziari; Prefettura, Comunità Terapeutiche, ecc).</li> <li>- Attivare le risorse e le abilità dei consumatori (peer supporter, peer education, gruppi di interesse).</li> </ul>
<p>Garantire pari opportunità di trattamento e di continuità terapeutica-assistenziale ai tossicodipendenti detenuti negli istituti penitenziari.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avviare il processo di riorganizzazione delle medicina penitenziaria.</li> <li>- Garantire la continuità terapeutica ed assistenziale, i “percorsi di accompagnamento” tra il “prima”, “durante” e “dopo” la carcerazione e l’integrazione degli interventi.</li> <li>- Attivare azioni informative-educative nei confronti dei detenuti sui rischi e danni correlati alla tossicodipendenza.</li> <li>- Fornire presidi sanitari che riducono il rischio di contrarre e trasmettere infezioni.</li> <li>- Attivare azioni specifiche e mirate di tutela della salute rivolte ai detenuti tossicodipendenti stranieri ed in particolar modo per gli extracomunitari.</li> </ul>
<p>Ridurre i rischi e danno correlati all’uso di “nuove droghe” nella popolazione giovanile.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Approfondire le conoscenze in merito alla diffusione e alle caratteristiche del consumo di “droghe sintetiche” al livello locale al fine di costruire una mappatura complessiva del problema necessaria per la messa a punto di interventi preventivi e di riduzione del danno e anche nella prospettiva, indicata dall’Unione europea di allestire un sistema di monitoraggio più ampio, definito come “sistema rapido di allerta”.</li> <li>- Aumentare il contatto con i giovani consumatori nei luoghi classici di consumo e di aggregazione al fine di aumentare le conoscenze sugli effetti e rischi a breve e a lungo termine.</li> <li>- Attivare specifici programmi formativi rivolti agli “adulti significativi” (peers operators, dj, pr, ecc.) che operano nei luoghi di consumo e di aggregazione e quindi a contatto con la popolazione giovanile.</li> </ul>

Per le azioni di promozione della salute e di prevenzione primaria relative si rimanda alle precise indicazioni contenute nell’Atto di indirizzo “Lotta alle malattie cardio e cerebrovascolari”.



## DROGHE LEGALI

<i><b>OBIETTIVI DI SALUTE</b></i>	<i><b>AZIONI</b></i>
<p>Ridurre entro l'anno 2005 del 50% il numero di fumatori maschi di età superiore a 14 anni e del 20% il numero delle fumatrici sempre della stessa età.</p> <p>Ridurre il consumo di sigarette di almeno il 40% per l'anno 2005.</p> <p>Almeno il 33% delle donne fumatrici devono smettere di fumare all'inizio della gravidanza per l'anno 2000.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Attivare, da parte delle Aziende sanitarie, apposite articolazioni funzionali denominate "unità anti-fumo" per lo svolgimento di corsi intensivi per smettere di fumare e di altri programmi terapeutici individuali o di gruppo adeguati alla specificità della dipendenza da nicotina.</li> <li>- Continuare il monitoraggio del fenomeno ed estenderlo alle giovani donne.</li> <li>- Promuovere il rispetto del divieto del fumo nei locali pubblici e negli ambienti di lavoro.</li> <li>- Connotare i servizi sanitari come "spazi senza fumo".</li> <li>- Sostenere le azioni volte a favorire la disassuefazione dal fumo, attraverso anche l'impegno dei medici di medicina generale, dei medici ospedalieri, degli infermieri professionali e dei farmacisti.</li> <li>- Promuovere da parte dei Medici di Medicina generale l'attività di informazione-educazione fra i propri assistiti con particolare riguardo ai giovani e alle donne in gravidanza, la pratica del counselling anti-fumo, la rilevazione di informazioni di carattere epidemiologico e una metodologia di approccio clinico integrato al paziente affetto da tabagismo nel raccordo tra le sue competenze e quelle del livello specialistico.</li> </ul>
<p>Ridurre per il 2005 la proporzione di uomini sopra i 14 anni che bevono più di 21 unità di alcool (una unità=10 gr di alcool) per settimana al 18% e di donne sopra i 14 anni che bevono più di 14 unità per settimana al almeno il 7%.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organizzare percorsi formativi (di base ed aggiornamento) sui problemi alcoolcorrelati.</li> <li>- Potenziare la "rete delle risorse" impegnate nel campo con particolare riferimento alla implementazione di un "Centro residenziale per i problemi alcoolcorrelati".</li> <li>- Avviare un processo di costruzione di una "rete operativa" tra i Medici di Medicina Generale e le risorse già impegnate nel campo al fine di produrre un modello di intervento e di formazione per tale figura professionale.</li> <li>- Approfondire le conoscenze ed il monitoraggio sulla modalità e tipologie di consumo di alcool anche nelle diverse fasce di popolazione a più alto rischio.</li> <li>- Potenziare le azioni di sensibilizzazione, informazione, educazione rivolte sia alla popolazione generale sia a gruppi a rischio</li> </ul>

	<p>(popolazione giovanile, gruppi marginali, immigrati, ecc).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantire attività di counselling da parte dei medici di medicina generale sui rischi e danni correlati all'uso di sostanze alcoliche e alle gestanti nei consultori.</li> <li>- Promuovere azioni informative e di sensibilizzazione rivolte alla comunità locale anche tramite l'utilizzo di mass-media.</li> </ul>
--	--

## D) ASSETTI ORGANIZZATIVI

### D.1) La logica dipartimentale

Così come in altri campi di intervento, anche nell'area delle dipendenze, é ormai dimostrato che le risposte settoriali, frammentarie e di emergenza non sono in grado di assicurare offerte congrue con la complessità, la molteplicità e la mutevolezza dei bisogni di salute e di garantire l'equità di accesso, la fruibilità, la completezza delle prestazioni e l'eshaustività delle risposte a tutte le persone con problemi di uso/abuso/dipendenza da sostanze.

Il processo di riorganizzazione complessivo nell'area delle dipendenze si prefigge l'obiettivo generale della tutela della salute, psico-fisica-sociale, di tutte le persone con uso/abuso/dipendenza da sostanze illegali e legali attraverso una entità organizzativa, a livello aziendale, quale organo di coordinamento tecnico-scientifico tra le diverse unità operative, servizi affini e complementari che operano nel settore.

Per tale finalità l'Accordo Stato-regioni del 21/1/1999 per la "riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti" si ispira ai seguenti principi generali:

- ricollocazione al centro degli interessi dei servizi della "persona", quale soggetto portatore di un bisogno indipendentemente da una effettiva richiesta di "intervento terapeutico" e dalla possibilità e disponibilità di accedere ad essi;
- garanzia a tutte le persone con uso/abuso/dipendenza di prestazioni terapeutiche e assistenziali validate scientificamente e non sottese da logiche "stigmatizzanti", "ideologiche", "moralistiche", estranee alla missione dei servizi sanitari;
- centralità di offerte personalizzate e adeguate ai bisogni di "quella persona", in "quel momento" della sua esistenza, anziché chiedere alla persona di adeguarsi agli interventi già predisposti;
- rivisitazione del "cammino" fin qui realizzato con analisi dei mutati contesti sanitari e sociali a cui rispondere in termini di servizi non solo di "attesa";
- valorizzazione e sistematicità delle esperienze maturate nel settore e della molteplicità degli interventi nell'ottica della interazione tra essi e della diversificazione e differenziazione dei percorsi in base alla specificità dei bisogni di salute;
- acquisizione di una "prassi culturale ed operativa" centrata sull'attività di programmazione esercitata in sinergia tra tutte le risorse impegnate nel settore;
- integrazione delle attività sanitarie con quelle socio-assistenziali e gestione unitaria degli interventi.

### D.2) Funzioni del Dipartimento per le dipendenze

Le attività di tutela e promozione della salute, prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale relative all'uso/abuso/dipendenza da sostanze psicoattive illegali e legali sono di competenza della Azienda USL che le attua attraverso l'istituzione del Dipartimento per le dipendenze che si qualifica e giustifica quale elemento di integrazione funzionale e di

coordinamento organizzativo delle “ diverse unità operative e servizi appartenenti a tutte le strutture primarie della Azienda (distretti, ospedali ecc), di tutti gli altri soggetti ed enti pubblici e privati che, a vario titolo e con varia responsabilità, operano sul territorio, nell’ottica dell’integrazione all’interno del comparto sanitario e tra questo ed il comparto sociale”.

Il Dipartimento per le dipendenze é un Dipartimento tecnico-funzionale aziendale che svolge in tale ambito le funzioni che le Direzioni Aziendali gli conferiscono per raggiungere gli obiettivi di salute indicati nel presente Atto di indirizzo.

In riferimento alle attività vengono indicate le seguenti funzioni:

- programmazione locale, in sinergia con tutte le risorse impegnate nel settore, quale processo necessario per operare scelte rispondenti alle reali esigenze del territorio, con esplicitazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, i tempi, le modalità, le responsabilità relative al programma e la conseguente progettazione degli interventi;
- verifica del conseguimento degli obiettivi, valutazione degli interventi e dei risultati raggiunti;
- rilevazione dei bisogni assistenziali sulla base dei dati epidemiologici;
- coordinamento tecnico-funzionale del sistema dei servizi per l’articolazione degli interventi preventivi, terapeutici, di tutela della salute, di riabilitazione e di reinserimento sociale;
- promozione, avvio e sviluppo di una prassi operativa centrata sulla “responsabilità diffusa e coordinata” tra tutte le risorse sanitarie e sociali impegnate nel settore sia in termini di programmazione che di erogazione e valutazione delle azioni nel campo delle dipendenze;
- indirizzo e formulazione di protocolli, accordi, idonei a garantire una ottimale interdipendenza tecnica-funzionale tra le diverse unità afferenti al Dipartimento, tra esse e le altre risorse sanitarie Aziendali (reparti ospedalieri, distretti, servizi di emergenza, servizi di salute mentale, pronto soccorso, laboratori di analisi ecc) al fine di definire una chiara interfaccia tra il sistema dei servizi e risorse che garantiscano la “presa in carico” globale della persona in funzione degli specifici bisogni;
- indirizzo e formulazione di protocolli ed accordi con gli Enti locali al fine di definire corresponsabilità e cofinanziamenti per l’attivazione e sviluppo di politiche e azioni intersettoriali;
- indirizzo e formulazione di protocolli ed accordi con altri soggetti Istituzionali non sanitari: Prefettura, Forze dell’ordine, Provveditorati agli studi, Istituti penitenziari;
- controllo e vigilanza sugli Enti ausiliari;
- controllo e verifica della strategia complessiva d’intervento;
- verifica, sulla base delle indicazioni regionali, dell’applicazione degli standard di funzionamento del settore e controllo delle unità operative riguarda alla partecipazione al programma dell’Azienda;
- programmazione e coordinamento delle attività di formazione degli operatori delle diverse unità operative e afferenti;
- programmazione e coordinamento dei progetti di prevenzione di carattere aziendale;
- programmazione e coordinamento di progetti specifici ad hoc;
- programmazione e attivazione di un Sistema informativo in rete con tutte le unità operative del dipartimento;
- promozione e attivazione di un modello di intervento e di formazione per i Medici di Medicina generale al fine di avviare un processo di costruzione di una “rete operativa” tra essi e le risorse già impegnate nell’area delle dipendenze;
- programmazione e realizzazione annuale di almeno un progetto di miglioramento continuo della qualità (MQC);
- formulazione, sulla base di elementi scientifici e tecnici propri dei professionisti facenti parte delle unità operative afferenti ed in collaborazione con le altre entità analoghe presenti nelle altre Aziende sanitarie, di linee-guida e “modelli di buona pratica” per migliorare la qualità degli interventi;

- stesura e relativa diffusione della Carta dei servizi dell'Azienda di appartenenza riguardante la parte relativa all'area delle dipendenze e della Carta dei servizi sanitari per i detenuti, come previsto dall'articolo 1 del decreto legislativo 22 giugno 1999, N. 230.

### **D.3) Unità afferenti al Dipartimento**

Il Dipartimento per le dipendenze al fine di garantire la programmazione, l'offerta e la valutazione di una gamma articolata ed integrata di interventi preventivi, terapeutici, di tutela della salute, di riabilitazione e di reinserimento sociale in merito ai problemi correlati all'uso/abuso/dipendenza sia da droghe legali, sia da droghe illegali si avvale delle seguenti unità afferenti:

- Ser.T;
- GOAT;
- Medici di medicina generale;
- Unità anti-fumo;
- Comunità terapeutiche;
- Strutture intermedie a bassa soglia;
- Unità di strada.

Per le funzioni relative alle unità operative Ser.T, GOAT e per quelle attribuite alle Comunità terapeutiche si rimanda alle specifiche normative nazionali e regionali in materia.

Nello specifico dei compiti, delle funzioni, dei requisiti di personale ed organizzativi dei Ser.T, quale unità operativa di base del Dipartimento per le dipendenze, si rimanda a quanto indicato nel DGR n. 1115 del 4 agosto 1999.

Vengono di seguito descritte le funzioni delle nuove unità afferenti al Dipartimento per le dipendenze.

#### *D.3.1) Medici di Medicina generale*

I medici di medicina generale rappresentano il primo legame tra la popolazione e il sistema sanitario, assumendo quindi un ruolo privilegiato per condurre interventi finalizzati alla educazione, prevenzione, assistenza ed orientamento a persone con problemi di abuso sia di droghe legali sia di droghe illegali.

#### **FUNZIONI**

- Informazione e sensibilizzazione sui danni e sui rischi associati all'abuso di sostanze legali ed illegali.
- Counselling finalizzato all'acquisizione di comportamenti e stili di vita sani e alla rimozione dei comportamenti a rischio.
- Proposizione e attivazione di programmi di prevenzione secondaria e di controllo delle patologie correlate.
- Facilitazione nel contatto con i servizi definendo livelli, modalità e criteri di collaborazione.
- Promozione di una metodologia di approccio clinico integrato alla persona con uso e abuso di sostanze legali ed illegali e di raccordi strutturati tra essi ed i livelli specialistici, servizi ospedalieri operanti nel settore delle dipendenze.
- Rilevazioni epidemiologiche in ambito locale.

#### *D.3.2) "Unità anti-fumo"*

Equipe funzionale multidisciplinare dei servizi di base costituita da operatori sanitari e sociali.

L'unità anti fumo opera su un bacino di utenza corrispondente a quello di una Azienda USL o comunque in uno o più distretti della stessa.

## FUNZIONI

- Eventuale trattamento e riabilitazione finalizzati alla cessazione della abitudine al fumo adottando metodiche di tipo medico-farmacologico e psicologico e favorendo il mutuo-aiuto.
- Costante collaborazione con i medici di medicina generale e con i servizi specialisitici territoriali e ospedalieri per la gestione integrata del paziente affetto da tabagismo.
- Collegamento con gli Istituti Universitari e con le Società Scientifiche professionali per quanto riguarda la ricerca scientifica, epidemiologica e la formazione.
- Collaborazione in tema di promozione della salute nell'attuare programmi di informazione, educazione.
- Interventi di consulenza, formazione e supervisione ai soggetti che operano nel campo del tabagismo, sia del settore pubblico che del privato sociale e del volontariato.

### *D.3.3) Unità di strada*

L'unità di strada rappresenta uno degli strumenti operativi della politica socio-sanitaria di riduzione del danno e si caratterizza come una unità mobile composta da operatori di strada che, adeguatamente formati ed in "rete" con le altre risorse sanitarie e sociali del territorio, raggiungono, contattano ed instaurano "relazioni significative" con tossicodipendenti o altri gruppi di popolazione non afferenti ai servizi socio-sanitari, per offrire loro informazioni e strumenti a tutela della salute, per indurre la modifica dei comportamenti a rischio e per facilitare l'accesso ai servizi. Pur nella specificità dei contesti di attuazione che ne condizionano le modalità organizzative e strutturali, le esperienze ed i risultati delle unità di strada realizzate nei paesi del Nord Europa, nel contesto nazionale e regionale, consentono la definizione di specifici requisiti che possono garantirne l'efficacia:

- la qualità di "interventi a bassa soglia" (low threshold) che presuppone la rinuncia a porre soglie di ingresso e di accesso ai servizi offerti, tanto dal punto di vista burocratico (residenza, nazionalità, ecc) quanto dal punto di vista della strategia della "presa in carico" (sigla di patti terapeutici, motivazione al contatto ecc.);
- la molteplicità delle partnership risponde ad uno dei caratteri specifici delle unità di strada, quali "interventi di comunità" (community based) con una operatività che si colloca nell'ambito della "quotidianità", cioè delle relazioni sociali ed interpersonali connesse al consumo e alla vita sociale dei consumatori, alle loro "mappe relazionali" e "culturali";
- la dotazione di tutti i presidi sanitari (siringhe sterili mono-uso, preservativi, macchinette scambia siringhe, narcan) che limitano la trasmissione delle infezioni, assicurano il rinforzo costante dei messaggi di prevenzione e di cura di se, coadiuvano il lavoro di self-empowerment e di attivazione delle risorse personali, sostengono l'adozione di comportamenti preventivi e di tutela della propria e altrui salute;
- il ruolo di "osservatorio permanente sulla strada" per la mappatura del territorio, per la raccolta ed analisi delle domande e dei bisogni della popolazione target, per il monitoraggio sui cambiamenti degli stili di consumo e delle dinamiche del mercato;
- la costruzione di una chiara e definita interfaccia con il sistema di servizi e con le risorse sanitarie e sociali del territorio attraverso la definizione delle risorse del territorio attraverso la definizione comune di "protocolli d'intesa" o accordi attia ad ottimizzare i rapporti tra gli stessi: Ser.T, GOAT, reparti ospedalieri, servizi di emergenza, servizi socio-assistenziali, forze dell'ordine, ecc.

Nello specifico, i protocolli d'intesa con i Ser.T dovrebbero assicurare:

- un sistema rapido di presa in carico per i nuovi contatti;
- un sistema rapido di prescrizioni di terapie farmacologiche nell'ottica della riduzione del danno;
- un sistema di risposta a situazioni di particolare emergenza sanitaria e/o sociale;

- un sistema di presa in carico e di offerta di servizi mirati a chi é in fase di tossicodipendenza attiva e non esprime, al momento, la scelta di un cambiamento;
- un sistema di ri-aggancio rapido e offerte differenziate per chi é in fase di ricaduta;
- un sistema d'accesso ai servizi di emergenza.

## FUNZIONI

- Identificare e stabilire “relazioni significative” con gruppi di popolazione tossicodipendente che non accedono ai servizi socio-sanitari.
- Informare sui danni correlati all'uso di sostanze stupefacenti e sui rischi di abuso correlati all'uso di droghe legali ed illegali e/o conseguenti alle condizioni di marginalità e di disagio psico-sociale correlati all'uso di sostanze stupefacenti.
- Incoraggiare i soggetti a fare il punto sul proprio stile di vita e sulla relativa esposizione al rischio (rapporti sessuali non protetti, scambio di siringhe).
- Stimolare, rafforzare la fiducia nelle capacità personali per l'avvio di un percorso di modifica dei comportamenti individuali che espongono a rischi sanitari e sociali.
- Fornire una serie di alternative personalizzate e realisticamente percorribili, per ciascuna persona, al fine di indurre una modifica dei comportamenti a rischio.
- Distribuire materiali informativi e presidi sanitari (siringhe, preservativi, narcan ecc).
- Incoraggiare l'assunzione del ruolo di agenti di informazione e di sensibilizzazione nel “gruppo di pari”.
- Promuovere esperienze di aggregazione e di autogestione nei gruppi e tra i gruppi contattati.
- Informare sulle attività e prestazioni offerte dai servizi socio-sanitari e dalle altre risorse presenti nel territorio.
- Favorire l'accesso ai Ser.T e /o ad altre strutture deputate al counselling in maniera gratuita e riservata.
- Stimolare offerte diversificate e differenziate a “bassa soglia” in risposta alle domande espresse dai soggetti che accedono ai servizi.
- Avviare e supportare un percorso di modifica della percezione sociale verso i soggetti che fanno uso di sostanze e/o verso altri gruppi che vivono situazioni di marginalità.

### *D.3.4) Strutture intermedie a “bassa soglia”*

Le strutture intermedie a “bassa soglia”, residenziali e/o semiresidenziali, si caratterizzano come spazi fisici, relazionali ed assistenziali destinati a tossicodipendenti attivi, italiani e stranieri, con condizioni di forte disagio sociale al fine di garantire una “sosta protetta” dai rischi della strada, per evitare il progressivo deterioramento delle condizioni di vita e delle situazioni di emarginazione.

Pur nella specificità dei contesti di attuazione che ne condizionano le modalità organizzative e strutturali (centri diurni di accoglienza a bassa soglia, unità fissa, strutture residenziali di pronta accoglienza, ecc) le esperienze ed i risultati conseguiti a livello europeo e nazionale, consentono la definizione di specifici requisiti che possono garantirne l'efficacia:

- strutture la cui fruibilità da parte dei tossicodipendenti attivi non é vincolata dall'accettazione preventiva di programmi “drug free”;
- accoglienza diffusa ed indiscriminata, intesa come massima apertura allo specifico problema che la persona afferente alla struttura esprime in “quel momento”;
- spazi nei quali é possibile condividere con altri consumatori esperienze attive di auto-difesa (auto-mutuo-aiuto, supporto ed educazione tra pari) intesa come valorizzazione e circolazione

delle proprie competenze di sopravvivenza e come ricerca comune di risorse per la propria integrazione sociale;

- strutture funzionalmente collegate con l'insieme dei servizi e delle risorse sanitarie, sociali, dell'associazionismo e del volontariato del territorio;
- relazione funzionale e progettuale con i Ser.T per offrire, anche l'opportunità di accedere, se richiesto, a programmi di trattamento;
- strutture in cui la modalità di accesso é facile e non necessita di appuntamento: la persona può recarsi da solo alla struttura, oppure essere accompagnato dagli operatori di strada o dagli operatori dei Ser.T, o segnalata da altre risorse sanitarie e sociali del territorio, compresi i Medici di Medicina generale;
- gestione da parte di équipes multidisciplinari con specifica formazione nel campo della "riduzione del danno" e composta da operatori sanitari e sociali di diversa provenienza: Ser.T, privato sociale, terzo settore, ex-tossicodipendenti, ecc;
- strutture con regole che garantiscono una convivenza funzionale e relazionale a vantaggio degli utenti: divieto di consumare in loco e di portare sostanze stupefacenti anche per uso personale o per altri consumatori. In tutte le esperienze realizzate in Italia si accetta che il consumatore possa frequentare la struttura anche sotto l'effetto delle sostanze. Non sono tollerati atti di violenza;
- fondamentale é la presenza di tossicodipendenti, nel ruolo di peer-leader che godono di credibilità da parte del gruppo di appartenenza;
- la funzione di ospitalità ed eventualmente di alloggio é transitoria, quale alternativa alla "strada" e quale tempo "intermedio" necessario per la ricerca di soluzioni più adeguate e congrue con la storia e le problematiche della persona accolta;
- strutture in cui gli alloggi notturni hanno la disponibilità massima di 10 posti letto, senza condizioni di accesso se non la creazione di una lista di attesa stilata in base all'ordine temporale di richiesta.

Nella nostra regione l'evidenziazione dei problemi di salute del "sommerso" indirizzano la tipologia dei destinatari delle strutture intermedie a "bassa soglia":

- persone tossicodipendenti attive e/o con problematiche relative all'uso/abuso di alcool e/o di psicofarmaci;
- persone con lunga storia di tossicodipendenza e con tappe di riabilitazione fallimentari;
- persone tossicodipendenti attive che, in mancanza di condizioni minime di sopravvivenza, non sono in grado di interrogarsi sulle proprie scelte, né avviare, al momento, percorsi di cambiamento;
- persone tossicodipendenti italiane e straniere che escono dal carcere e che non dispongono al momento di altre risorse;
- extracomunitari coinvolti nella tossicodipendenza/alcooldipendenza senza assistenza socio-sanitaria;
- persone che si prostituiscono per procurarsi le sostanze.

## FUNZIONI

- Garantire servizi primari alla persona: pasti, posti letto, servizi igienici, lavanderia, vestiario gratuito, ecc.
- Informare correttamente sui rischi derivanti dall'uso di sostanze stupefacenti e sulle relative modalità di assunzione più idonee ed evitare infezioni o altre patologie correlate all'uso.
- Fornire presidi sanitari di prevenzione, ivi compresi le siringhe sterili, l'acqua distillata, i profilattici ed i materiali informativi.
- Offrire counselling individuale finalizzato al rilevamento della storia delle persone, dei suoi bisogni e alla individuazione di possibili percorsi di cambiamento.

- Orientare e informare sull'accesso alle risorse sanitarie e sociali del territorio e alle possibilità di sussidi economici e/o di inserimento lavorativi.
- Garantire assistenza medica-sanitaria, sociale e consulenze legali.
- Offrire spazi e momenti finalizzati alla socializzazione, all'attività ricreativa e all'organizzazione interna.
- Realizzare "corsi di sopravvivenza" per far acquisire abilità preventive su: infezione da HIV, epatiti e pratiche iniettive e sessuali, prevenzione dell'overdose, pronto soccorso e assistenza al compagno in overdose.
- Assicurare una hot-line attiva per l'intero arco della giornata per dare informazioni sulla struttura, sui servizi del territorio e per il counselling di sostegno o in casi di urgenza.

## E) SISTEMI OPERATIVI TECNICO SPECIFICI

L'adesione all'approccio legato alla riduzione del danno é basato su evidenze di efficacia.

Ora si tratta di sviluppare ulteriormente questo approccio, implementando nel corso del triennio il bagaglio degli operatori del Dipartimento per le dipendenze con l'evidenziazione di ulteriori evidenze, di modo che sia possibile, affrontare i problemi prioritari di salute e garantire il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Pur nella necessaria differenziazione dei percorsi assistenziali, terapeutici e riabilitativi in base alla specificità dei bisogni individuali, occorre garantire sul territorio regionale uniformità, qualità ed equità per tutte le persone con uso/abuso/dipendenza da sostanze illegali e legali in termini di procedure di accesso, dei percorsi di "accompagnamento", di tutela della salute, delle prestazioni preventive, terapeutiche, diagnostiche e riabilitative.

Necessita quindi definire procedure di consenso professionale, linee-guida per una buona pratica clinica, almeno per quanto riguarda i seguenti aspetti:

- azioni preventive e di tutela della salute;
- accoglienza e diagnosi multidisciplinare;
- terapie farmacologiche specifiche, sostitutive e non, piani terapeutici-riabilitativi personalizzati;
- attività di counselling, psico-diagnosi e attività di sostegno.

### **La Regione validerà le Linee-guida in base ai seguenti criteri:**

- rigorosa documentazione delle evidenze di efficacia;
- bilanciamento delle competenze presenti in sede di elaborazione delle linee guida: essendo noto che le strategie in sanità derivano da pressioni di singoli gruppi di professionisti o di specifiche società professionali, è opportuno che nella stesura delle stesse (o come criterio di verifica in sede di loro recepimento) siano valorizzate maggiormente quelle che derivano da apporti multiprofessionali e che hanno previsto negli staff di lavoro la presenza di epidemiologi, medici di sanità pubblica ed economisti sanitari;
- sostenibilità economica delle proposte: al di fuori di qualsiasi logica incrementale, una buona linea guida, deve indicare oltre alle cose da fare, anche quelle da non fare più, perché obsolete o di dimostrata inefficacia;
- accurata previsione delle modalità di applicazione ed implementazione;
- parallela definizione della base formativa necessaria per la "manutenzione" delle conoscenze e capacità professionali, attraverso opportuni interventi formativi, in modo tale da elevare la preparazione media dei professionisti e metterli nelle condizioni di partecipare attivamente e di poter recepire, in piena consapevolezza le indicazioni proposte dalle linee guida.



## **F) SISTEMI OPERATIVI PER L'APPROPRIATEZZA GESTIONALE**

Per la riorganizzazione del sistema di assistenza è fondamentale l'analisi delle attuali risorse umane, strumentali, tecnologiche e conoscitive già in dotazione alle unità operative e afferenti per la verifica e validazione della effettiva appropriatezza gestionale con cui sono attualmente allocate e per l'individuazione ed utilizzazione di risorse aggiuntive necessarie al raggiungimento degli obiettivi di salute individuati per il triennio.

### **F.1) Risorse finanziarie dedicate al progetto**

Oltre alle risorse già impegnate nel settore, il fondo sanitario regionale prevede, per il triennio di vigenza del PSR 1999/2001, fondi finalizzati, da ripartire alle Aziende USL, vincolati alla realizzazione delle azioni prioritarie definite dal presente Atto. Tali fondi consistono in circa 700 milioni per ciascuna delle annualità 2000 e 2001 da attribuire alle Aziende sanitarie in base alla popolazione residente di età tra i 14-65 anni.

L'attività di programmazione costituisce la base fondamentale per la formulazione del budget aziendale, negoziato annualmente dal Responsabile del Dipartimento con la Direzione generale dell'Azienda Sanitaria, in funzione degli obiettivi prefissati, previa valutazione dei risultati raggiunti, quale piano complessivo di attività correlate alle risorse finanziarie disponibili e in rapporto alle reali esigenze del territorio.

Altre risorse integrative sono quelle relative al finanziamento pubblico di progetti che gravano sul Fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga in base alla Legge 18 febbraio 1997, n.45. Le quote del Fondo trasferite alla Regione, per gli esercizi finanziari 1997-1998-1999 saranno ripartite tra i vari soggetti, istituzionali e non aventi titolo, comprese le Aziende sanitarie, per la realizzazione di progetti d'intervento finalizzati alla prevenzione, alla riduzione del danno, al recupero, riabilitazione e reinserimento sociale di soggetti tossicodipendenti e/o con problematiche alcoolcorrelate.

La ripartizione dei finanziamenti per gli esercizi finanziari 1997-1998-1999 prevede un ormai prossimo trasferimento di quote per la Regione dell'Umbria per il complessivo importo triennale di circa 9 miliardi. Con apposito atto saranno regolamentati sia la ripartizione che il monitoraggio e la valutazione dei progetti, avvalendosi di un apposito Comitato tecnico-consulativo regionale, già costituito ed

### **F.2) Sistemi di contabilità**

Le Aziende sanitarie e l'Assessorato avvalendosi dei sistemi di contabilità economico-patrimoniale e analitica, determinano i costi attribuibili ai servizi chiamati a realizzare il presente Atto di indirizzo in modo da poter effettuare analisi costi-efficacia e costi-efficienza e comparazioni tra servizi regionali e/o di altre regioni.

### **F.3) Valutazione di processo e di esito**

L'erogazione dei finanziamenti del Fondo sanitario per il 2001 sarà vincolata alla verifica della effettiva realizzazione dei programmi dipartimentali, da parte dell'apposito Gruppo di lavoro Regionale per la verifica del processo e degli esiti del presente Atto di indirizzo, gruppo composto da delegati aziendali e da rappresentanti della Regione.

Sarà attivato, con cadenza almeno annuale, un tavolo di consultazione con le organizzazioni che rappresentano i diritti dei cittadini del settore, al fine di avere pareri sulla accessibilità dei servizi e sulla percorribilità dei percorsi assistenziali.

Incontri periodici, con cadenza da definire, saranno inoltre promossi dalla Regione con il Coordinamento regionale per la riduzione del danno per la verifica dell'effettiva implementazione degli strumenti operativi di tale politica socio-sanitaria.

#### **F.4) Accreditalamento strutturale e professionale e formazione continua**

Le procedure per l'accreditalamento delle unit  operative ed afferenti al Dipartimento delle dipendenze proceder  secondo i tempi e le procedure previste nella normativa nazionale.

Tutte le unit  afferenti al Dipartimento per le dipendenze dovranno rispondere a precisi requisiti di attivit  e attivare processi di formazione e aggiornamento del personale che garantiscano l'accreditalamento professionale e conseguentemente, qualit  e appropriatezza dei sistemi operativi tecnico-specifici.

La formazione e l'aggiornamento di tutti gli operatori afferenti al Dipartimento delle dipendenze andr  assicurata, in accordo anche con le indicazioni regionali , al fine di soddisfare i bisogni formativi specifici delle varie figure professionali. Sarebbe auspicabile la proposizione di percorsi formativi congiunti tra gli operatori delle diverse unit  afferenti anche al fine di garantire un approccio complessivo comune alle problematiche del settore, di sviluppare la capacit  di lettura della realt  delle dipendenze, di acquisire la capacit  di adattare il proprio lavoro e gli interventi alle modifiche del fenomeno e di lavorare per "problemi" e non per "settori di intervento".

Alcuni temi prioritari:

- counselling;
- attivazione delle risorse ed abilit  dei consumatori;
- approccio, finalit  e strumenti nella attivazione della "comunit  competente";
- principi e pratica del MCQ;
- metodiche di approccio sulla "strada";
- metodologie e pratiche del "lavoro di rete";
- qualit  dei dati del sistema informativo.

#### **F.5) Supporti conoscitivi: sistema informativo ed epidemiologico, ricerca**

##### *F.5.1) Sistema informativo ed epidemiologico*

La conoscenza dei dati epidemiologici e delle relazioni fra condizioni e fattori a rischio e l'insorgenza di danni acuti e cronici correlati all'uso/abuso/dipendenza da sostanze legali ed illegali rappresenta la condizione indispensabile per l'individuazione dei bisogni sanitari della popolazione interessata, per la focalizzazione delle aree critiche di intervento, per migliorare le modalit  di offerta dei servizi, per la razionalizzazione delle risorse in un contesto di gestione aziendale, per la valutazione

corretta e scientifica sia di processo, sia dei risultati dei medesimi.

E' quindi necessario potenziare di nuovi flussi informativi l'Osservatorio epidemiologico regionale per le dipendenze e trovare modalit  di raccordo e di collegamento anche con l'Osservatorio Sociale regionale istituito con DGR n. 31 del 20 gennaio 1999.

L'Osservatorio regionale per le dipendenze quale risorsa tecnico-scientifica di supporto alla programmazione regionale e aziendale e in "rete" con il sistema di raccolta dati e di monitoraggio di tutte le risorse impegnate nell'area della dipendenza ha le seguenti funzioni:

- monitorare l'andamento dell'incidenza dei decessi per overdose, dell'entit  e delle caratteristiche del fenomeno, delle sue variazioni temporali quali/quantitative e delle eventuali condizioni di rischio;
- stimare la prevalenza delle patologie correlate all'uso/abuso/dipendenza da sostanze legali ed illegali;
- stimare la prevalenza delle condizioni e fattori di rischio;
- fornire elementi conoscitivi per l'attivit  di programmazione regionale e aziendale;
- individuare tempestivamente le trasformazioni "critiche" nell'area delle dipendenze;
- valutare la qualit  dei servizi ed interventi sanitari nel settore.

L'attivazione di un sistema informativo é la condizione indispensabile per garantire un flusso costante e puntuale di informazioni necessarie per orientare le risposte, le attività di monitoraggio, valutazione previsione.

Presso ogni Dipartimento delle dipendenze si attiva un sistema informativo valido, attendibile, sensibile ai cambiamenti, compatibile con l'operatività quotidiana e in "rete" con il sistema di raccolta dati e di monitoraggio delle unità operative e afferenti impegnate, territorialmente nel settore.

Il Sistema informativo raccoglie, elabora ed archivia i dati di struttura, processo ed esito con lo scopo di:

- garantire l'afflusso di dati costanti e puntuali all'Osservatorio regionale per le dipendenze e alle singole unità operative;
- integrare le informazioni prodotte dalle singole unità operative al fine di una quadro complessivo conoscitivo del numero e tipologia degli utenti in carico, delle prestazioni offerte;
- conoscere aspetti, modi e forme, peculiarità, e modifiche della realtà territoriale nell'area delle dipendenze;
- acquisire elementi di conoscenza e di valutazione sulle metodologie e gli strumenti di intervento;
- individuare nuovi e più adeguati strumenti operativi congrui con la realtà territoriale.

#### *F.5.2) Ricerca*

La Regione prevede finanziamenti per la ricerca finalizzata alla programmazione sanitaria su tematiche ed aree d'indagini ritenute prioritarie al fine di migliorare la qualità dei livelli assistenziali.

Il tema su cui verterà la ricerca finalizzata regionale per l'anno 2000 sarà rappresentato dal Sistema informativo e per l'anno 2001 dalla valutazione di qualità dei Dipartimenti delle Dipendenze.

### **G) MANUTENZIONE DEI CLIMI ORGANIZZATIVI E GESTIONE DEI RUOLI ESTERNI**

Nell'avvio di un processo di riorganizzazione che deve garantire e perpetuare una "responsabilità diffusa e coordinata" tra tutte le unità afferenti al dipartimento, superando quindi le "concentrazioni di potere" delle singole "unità" e la "deresponsabilizzazione" di altre necessita creare un contesto motivazionale e relazione che favorisca l'identificazione dei membri alla "missione aziendale", una modalità di lavoro e di regole formali ed informali socializzate e condivise, adeguati rapporti di gestione con interlocutori esterni per la realizzazione di azioni intersettoriali e modalità di rappresentazione delle attività realizzate rappresentazioni adeguate.

#### **G.1) Clima interno**

Punto fondamentale nella riorganizzazione su base dipartimentale è la gestione del clima interno attraverso:

- parità e adeguate rappresentanze formali dei referenti delle diverse unità afferenti negli ambiti consultivi e decisionali: il Comitato di Dipartimento dovrebbe essere costituito da referenti di tutte le unità afferenti ad esso, con la possibilità di ulteriori integrazioni per la elaborazione e definizione di specifiche azioni;
- processi formativi e di aggiornamento con la partecipazione delle diverse figure professionali impegnate nelle unità afferenti al Dipartimento;
- momenti di incontro informali e non strutturati tra i diversi componenti afferenti al Dipartimento delle dipendenze.

## **G.2) Ruoli esterni**

Ai fini della realizzazione degli obiettivi individuati é fondamentale individuare adeguate modalità di gestione con i seguenti interlocutori esterni al fine di concordare la specifiche responsabilità, i rispettivi compiti, e le modalità di interazione:

- Enti locali;
- Provveditorati agli Studi;
- Prefettura;
- Forze dell'ordine;
- Terzo settore;
- Amministrazione penitenziaria.

La Regione promuoverà, nel periodo di attuazione del presente Atto, una Conferenza pubblica sulle dipendenze, quale occasione di incontro e confronto con tutte le risorse impegnate nel settore.

## **H) CALENDARIO DEGLI IMPEGNI PER IL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PIANO**

1) Entro il primo anno:

- ricognizione delle unità afferenti al Dipartimento già esistenti e individuazione delle nuove unità da implementare in accordo con gli obiettivi di salute indicati nel presente Atto;
- avvio del processo di riorganizzazione con elaborazione di protocolli e linee-guida per le relazioni tra le unità afferenti al Dipartimento e gli interlocutori esterni;
- costituzione dei Dipartimenti per le dipendenze;
- potenziamento dell'Osservatorio regionale per le dipendenze;
- definizione degli indicatori per la costruzione del Sistema informativo.

2) Entro il secondo anno:

- Messa a punto di linee guida per l'appropriatezza;
- predisposizione dei percorsi formativi ed aggiornamento per le diverse figure professionali;
- organizzazione del Sistema Informativo con eventuali sperimentazioni.

3) Entro il terzo anno:

- Valutazione di qualità dei servizi e del processo di riorganizzazione;
- messa a regime dei flussi del sistema informativo.

### **5.2.8 PREVENZIONE, ASSISTENZA E RIABILITAZIONE DELLE CONDIZIONI DI DISABILITÀ**

#### **A) CORNICE**

Il presente atto di indirizzo intende coordinare ed integrare quanto previsto in materia di disabilità nelle diverse sezioni del PSR 1999-2001.

In effetti, la riduzione della disabilità evitabile rappresenta, insieme alla riduzione della mortalità evitabile, il principale obiettivo cui tende l'organizzazione dei servizi socio-sanitari e la programmazione delle loro attività e dei loro interventi.

Le azioni finalizzate al raggiungimento di tale obiettivo comprendono quindi iniziative nel campo della promozione della salute, della prevenzione e dell'assistenza, mentre assorbono completamente quanto previsto nel campo della riabilitazione; inoltre esse si innestano sulle diverse tipologie di intervento socio assistenziale, in quanto finalizzate ad abbattere le condizioni di svantaggio nelle relazioni sociali (l'handicap) che sono spesso comportate dalla presenza della disabilità.

## A.1) Aspetti generali

1. La **promozione della salute**, qui assume un risalto assoluto, in quanto dal modo in cui essa viene intesa e praticata dai soggetti chiamati ad intervenire sul terreno della intersettorialità (vedi il capitolo "Il governo della salute" del PSR 1999-2001) dipende la possibilità di aumentare il numero di anni vissuti senza disabilità, un orientamento positivo della nostra formazione economico-sociale sui temi della solidarietà, sugli investimenti nella salute e la pratica effettiva di politiche rivolte al perseguimento di questo "interesse generale".
2. Espansa quanto più possibile la base costituita dai guadagni di salute consentiti dalla messa in pratica di politiche "positive", si tratta poi di acquisire tutte le riduzioni di disabilità ottenibili con la **prevenzione** dei fattori di rischio noti, evitabili e ad impatto sanitario provato. Qui giova ricordare quanto già disposto in materia di educazione alla salute, prevenzione ambientale e nei luoghi di lavoro, servizio di emergenza/urgenza 118, tutela della salute della donna e della età evolutiva, salute degli anziani, salute mentale, salute dentale, salute degli immigrati e nei molti atti di indirizzo rivolti a specifici gruppi di patologie (tumori, cardio e cerebrovasculopatie, diabete, AIDS, etc) nonché in tema di riduzione del danno da dipendenze. In quanto non altrove trattati, assumono risalto in questa sede le attività di prevenzione connesse con la *patologia genetica* e quelle rivolte *agli eventi traumatici al di fuori dell'ambiente di lavoro, con particolare riferimento agli incidenti automobilistici* o più in generale da traffico.
3. **L'assistenza** ai disabili rappresenta un capitolo sul quale è necessario dare una chiara risposta a quanto previsto dalla legge 104/92 a partire dalla attivazione su tutto il territorio regionale delle Unità Valutative Multidisciplinari, alla gestione dell'assistenza protesica dove va verificata l'appropriatezza della domanda e dell'offerta, anche alla luce del nuovo nomenclatore tariffario e alla opportunità di supportare i disabili nella scelta degli ausili. La verifica della qualità della risposta assistenziale fornita ai soggetti assistiti in base all'art. 26 della legge 833/78, rappresenta un altro importante impegno istituzionale che la Regione vuole assolvere nel periodo di vigenza del Piano.
4. Per la **riabilitazione** intesa come "*...processo di soluzione dei problemi e di educazione nel corso del quale si porta una persona a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionali, con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative*" (Linee Guida per l'attività di riabilitazione G.U. 124/98), il quadro di riferimento - ed i presupposti necessari alla realizzazione di interventi riabilitativi efficaci - è fornito (in linea con le raccomandazioni dell'OMS in materia) dal vigente Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, dalle Linee-guida del Ministero della Sanità del 7.5.98, nonché dal Piano Sanitario Regionale 1999-2001.
5. L'intervento **sociale ed assistenziale** per l'abbattimento o la eventuale riduzione dell'handicap per i disabili nelle relazioni sociali, nella vita scolastica, nell'ambiente lavorativo, etc, rappresenta l'indispensabile attività complementare a quella più strettamente sanitaria e si realizza attraverso sia gli interventi delegati ai tavoli dell'intersettorialità, sia grazie agli interventi socio assistenziali previsti sia nel PSR 1999-2001 che nel Piano sociale regionale.

## A.2) Normativa e indirizzi scientifici di riferimento per la riabilitazione

Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 e le Linee guida che ne costituiscono parte integrante indicano i seguenti principi di fondo della riorganizzazione del settore:

- 1) La continuità terapeutica che si realizza attraverso l'integrazione ospedale-territorio e l'integrazione sociosanitaria, rappresentando la riabilitazione un campo elettivo per gli approcci multidimensionali e plurispecialistici. La riabilitazione va perciò iniziata in fase precoce per ottenere i migliori risultati, inserendo l'intervento riabilitativo in una rete di servizi ospedalieri ed extraospedalieri dedicati, opportunamente dimensionati sulla realtà regionale. Ciò permette di accompagnare il paziente nel percorso rieducativo dalla fase dell'acuzie al reinserimento sociale compatibilmente con la disabilità residua. In questa logica di integrazione un intervento rieducativo globale ed appropriato deve fornire la valutazione del bisogno, l'inquadramento diagnostico e l'applicazione di programmi terapeutici e riabilitativi basati su evidenze scientifiche di efficacia.
- 2) Le fasi dell'intervento riabilitativo sono rappresentate da:
  - prevenzione del danno secondario e delle conseguenti menomazioni, inserendo l'intervento già nella fase acuta all'interno del protocollo terapeutico;
  - riabilitazione intensiva, collocata generalmente nella fase della post-acuzie della malattia;
  - riabilitazione estensiva (completamento processo di recupero e progetto di riabilitazione);
  - mantenimento e/o prevenzione della progressione dell'handicap, fortemente integrata con la attività di riabilitazione sociale.
- 3) La tipologia degli interventi in ambito riabilitativo è rappresentata da:
  - attività di riabilitazione estensiva, sia in regime ospedaliero ambulatoriale sia a livello domiciliare, caratterizzata da un moderato impegno terapeutico e da un forte supporto assistenziale verso i soggetti in trattamento;
  - attività di riabilitazione intensiva, in regime di ricovero a ciclo continuativo e/o diurno e diretta al recupero di disabilità importanti e modificabili che richiedono un elevato impegno diagnostico specialistico ad indirizzo riabilitativo.
- 4) Per quanto riguarda i livelli organizzativi le attività di riabilitazione sono erogate attraverso una rete di servizi ospedalieri ed extraospedalieri ed erogate in regime:
  - di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno;
  - in regime ambulatoriale, extramurale e domiciliare.

Nel PSR 1999-2001 si riportano elementi di indirizzo per quanto attiene alla Riabilitazione, sia a livello territoriale sia a livello ospedaliero, che rappresentano il punto di partenza per una profonda riorganizzazione del settore, più specificatamente affrontata dal presente documento. Viene posto l'accento su soluzioni organizzative di tipo dipartimentale e su raccordi operativi fra le varie strutture eroganti prestazioni riabilitative sia ospedaliere che territoriali.

La necessità di procedere ad una profonda riorganizzazione delle attività di riabilitazione del SSN deriva, oltre che da fattori legati ad indicazioni programmatiche del passato rimaste inattuato, anche dalle modificazioni della tipologia della domanda riabilitativa e dalla maggior attenzione che negli ultimi anni si è data alla valutazione dell'efficacia ed dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie. Per quanto riguarda il non adeguamento alle indicazioni della programmazione nazionale, che già con la L.595/85 stabiliva uno standard ottimale di posti letto per la riabilitazione dell'1 per mille abitanti su un totale di 6.5 per mille, l'Umbria, come molte altre regioni, ha privilegiato nel corso degli anni la tendenza alla "dispersione" dei posti letto riabilitativi nelle strutture per acuti. Ciò è avvenuto a scapito di un'adeguata collocazione di tutta l'offerta del settore in specifici centri di erogazione ma anche di una chiara definizione e verifica delle funzioni di assistenza riabilitativa svolte dai suddetti reparti per acuti.

Tale approccio è risultato ancor più inadeguato con il nuovo sistema di finanziamento dell'assistenza ospedaliera, previsto dal D. Lgs 502/92 e successive modificazioni, basato sulla remunerazione delle prestazioni a tariffe predeterminate ed entrato in vigore il 1° gennaio 1995. Con tale sistema si introducono forti incentivi a differenziare l'assistenza a pazienti "acuti" da quella prestata a pazienti che richiedono un trattamento riabilitativo post acuzie. Il pagamento a caso

trattato spinge ad una dimissione tempestiva dei pazienti ricoverati in reparti per acuti che se da un lato rappresenta un'opportunità per modellare l'offerta dei servizi sul bisogno reale del singolo individuo. D'altro canto può risultare un rischio per l'utente, in carenza di una specifica assistenza ospedaliera post acuta ed extra ospedaliera residenziale, semi residenziale e domiciliare, volta a garantire la continuità assistenziale una volta esaurita la fase acuta di trattamento.

Per quanto riguarda i cambiamenti di tipo qualitativo avvenuti nella domanda riabilitativa vanno tenuti maggiormente in considerazione quelli sul versante del bisogno di assistenza riabilitativa di alta specialità per traumi cranici e ictus gravi (gravi cerebrolesioni acquisite) e le mielolesioni.

L'efficacia di un intervento integrato nell'ictus fin dalla fase acuta integrato con il programma riabilitativo rappresenta una valutazione già acquisita (vedi l'atto di indirizzo "Lotta alle cardio e cerebro vasculopatie). Così come vengono lì fornite alcune indicazioni sulla riabilitazione cardiologica. Un altro aspetto da considerare come prioritario è rappresentato dalla crescente domanda di riabilitazione territoriale da sviluppare ma anche da sottoporre a verifica dell'efficacia ed appropriatezza d'intervento.

### **A.3) L'offerta di prestazioni riabilitative in Umbria**

Per iniziare ad ovviare alla carenza di dati sulle attività riabilitative la Regione dell'Umbria ha agito su due fronti:

- un censimento delle strutture riabilitative con indicazione del tipo di strutture presenti ma anche delle modalità operative in ambito riabilitativo;
- un'indagine ad hoc su tutta la domanda di riabilitazione e sulle tipologie della relativa offerta in un arco di tempo definito (1° aprile - 30 giugno 1999).

Altre stime possono essere fatte in base a dati internazionali.

Rilevazione regionale prospettica sull'intervento riabilitativo in Umbria.

La rilevazione ha riguardato circa 12.000 utenti. Attualmente l'inserimento dati è ancora in atto e una elaborazione preliminare è stata fatta su 2247 soggetti.

Dai dati preliminari si evidenzia:

- una prevalenza dell'intervento in ambito ortopedico seguito da quello cardiologico e neurologico;
- la provenienza mostra una disomogeneità tra le aziende territoriali con un flusso prevalente sia extra-regione che extra azienda per l'ASL n. 3;
- la media dell'intervallo lesione – ricovero riabilitativo dei pazienti provenienti da reparti per acuti evidenzia una media di 35 giorni che risulta abbastanza alto se pensiamo alle prove di efficacia di un intervento riabilitativo più precoce possibile. Il dato diventa ancora più preoccupante se pensiamo ai 42 giorni delle patologie neurologiche;
- l'intervento riabilitativo è prevalentemente ambulatoriale e day-hospital con bassa percentuale di intervento a domicilio o in letti di degenza. Tra le aziende esiste una notevole disomogeneità;
- i pazienti provengono in generale dal proprio domicilio;
- i pazienti prevalentemente accedono più di una volta alla struttura e il 58,85 % ha già effettuato un programma riabilitativo per lo stesso problema;
- la Terapia individuale è prevalentemente applicata in ambito neurologico e ortopedico mentre la terapia di gruppo prevale nettamente nell'ambito cardiologico con notevole disomogeneità di intervento tra le diverse aziende;
- il tempo medio quotidiano dedicato al programma riabilitativo è tra 30 minuti e 1 ora.

Questi dati indicano in generale alcuni elementi critici dell'intervento riabilitativo nella nostra regione:

- 1) Flussi disomogenei tra le aziende sia all'interno della regione che verso l'esterno.
- 2) Intervallo tra l'evento acuto e l'inizio del programma riabilitativo ancora troppo alto.
- 3) Insufficiente attività di degenza riabilitativa
- 4) È troppo prevalente il ciclo riabilitativo inteso come periodico ripetersi di cicli di riabilitazione neuromotorie in condizioni di patologia stabilizzata.
- 5) Considerata l'efficacia, il trattamento intensivo è ancora troppo basso

## B) PROBLEMI DI SALUTE

### B.1) Epidemiologia della disabilità

I dati epidemiologici Istat rappresentano la fonte principale di informazioni sulla prevalenza della disabilità nella popolazione nazionale, da cui è possibile derivare alcune informazioni su base regionale. Nella tabella seguente è riportata la prevalenza stimata di disabilità sopra i sei anni d'età e per le quattro aziende sanitarie dell'Umbria. Il dato è stato suddiviso in quattro grandi tipologie di disabilità, spesso coesistenti, così come rilevato dall'indagine Multiscopo dell'Istat e si attesta per la nostra regione sul valore di 39.224 disabili complessivamente considerati, di cui circa i due terzi sono disabili nelle funzioni quotidiane.

USL	Totali disabili	Persone confinate	Persone disabili nelle funzioni	Persone disabili nel movimento	Persone disabili nella comunicazione
USL 1	5259	1816	3569	2131	986
USL 2	15418	5324	10463	6247	2892
USL 3	7924	2736	5377	3210	1486
USL 4	10622	3667	7208	4303	1993
<b>Umbria</b>	<b>39224</b>	<b>13544</b>	<b>26619</b>	<b>15893</b>	<b>7359</b>

Fonte ISTAT: indagine multiscopo sulle famiglie. 1994 Popolazione al 31/12/1994 su base ISTAT  
 \* Le tipologie di disabilità considerate possono essere presenti nella stessa persona

Dei circa 40.000 disabili stimati in Umbria il 52% sono affetti da problemi artrosici mentre il 22% presentano patologie polmonari.

Per quanto riguarda le patologie che producono disabilità (oltre a quelle cerebro e cardiovascolari che saranno trattate in altri progetti) possono essere considerate fra le forme acute le osteomuscolari presenti nel 6.5% della popolazione e le traumatiche nel 2,6%, mentre fra le forme croniche prevalgono le patologie artrosiche ed artritiche (24% della popolazione di età ≥ 6 aa.) e le patologie broncopolmonari croniche con il 7%.

### B.2) Epidemiologia delle lesioni non intenzionali, delle mielolesioni e dei traumi cranici

Le **lesioni non intenzionali** e particolarmente i traumi sono una notevole causa di morte o disabilità.

Il documento HEALTHY PEOPLE 2000 pubblicato dal U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES indica che le lesioni non intenzionali sono la quinta causa principale di morte negli Stati Uniti con oltre 90000 morti nel 1997. Sono inoltre la maggiore causa di disabilità e



ospedalizzazione; nel 1994, 4,5 milioni di persone è stato ricoverato in ospedale e quasi 35 milioni giunte al pronto soccorso a causa delle lesioni.

L’NHTSA ha stimato che se tutti gli occupanti dei veicoli avessero usato le cinture di sicurezza, la morte di quasi la metà dei 41000 deceduti del 1996 sarebbe stata evitata. Nel 1995 sarebbero state salvate 791 vite se i motociclisti avessero portato il casco.

Il CDC di Atlanta ha messo a punto all'interno del Sistema di sorveglianza sui rischi comportamentali nei giovani una specifica sezione per rilevare la prevalenza di comportamenti a rischio per le lesioni volontarie ed involontarie, che è stato sperimentato anche nella ASL n. 2 di Perugia.

L’azione sulla prevenzione degli incidenti stradali, domestici e sul lavoro è uno degli obiettivi strategici del PSN1998-2000.

Lo studio GISEM sulle **mielolesioni** terminato quest’anno mette in evidenza delle gravi problematiche legate alla prevenzione dei traumi midollari. Il 53,8% dei pazienti sottoposti a riabilitazione aveva avuto incidenti della strada. Di questi solo il 25,8% indossava le cinture di sicurezza. Tra i motociclisti il 56% aveva il casco. Il 16,4 % era dovuta a incidenti sul lavoro di cui il 52 % era per cadute. Gli incidenti domestici colpiscono soprattutto le donne e gli anziani. L’età media era di 36,5 anni configurando il coinvolgimento di una popolazione giovane in piena attività lavorativa.

Dati simili emergono anche dallo studio retrospettivo sull’intervento riabilitativo sui **traumi cranioencefalici** in regime di ricovero (Gruppo TCE Simfer, in corso di pubblicazione) dove la causa principale è rappresentata dagli incidenti stradali (tab. 2).

**Tab. 2: principali cause dei traumi cranio-encefalici**

Strada	74,34%
Sport	4,35%
Lavoro	4,20%
Domestico	4,20%
Suicidio	2,49%
Altro	1,24%
Aggressione	1,09%

L’età media era di 31,3 anni per gli incidenti stradali e 34,3 quello complessivo. Anche in questo caso la giovane età identifica una serie di danni secondari sulla persona e sulla società di rilevante importanza.

Il numero delle persone che sopravvivono ad un TCE è in continuo aumento nel mondo grazie ai più veloci ed efficaci sistemi di gestione del primo soccorso, al tempestivo trasporto in unità di cura specializzate e in generale ai grandi avanzamenti delle cure mediche nella fase acuta. Negli anni '70 la mortalità da TCE era molto elevata e stimata intorno al 70%; oggi è scesa circa al 30%.

I casi di TCE con residua disabilità sono 25/35 casi su 100.000/anno. Il TCE rappresenta una delle cause principali di disabilità fisica, cognitiva e psicologica a cui consegue spesso una grave limitazione della partecipazione sociale nelle persone in giovane età. Il trauma cranico grave non investe solo il soggetto colpito ma provoca profondi sconvolgimenti dell'intero nucleo familiare oltre che produrre costi molto elevati sia a carico dell'individuo che della società

La riabilitazione delle Gravi Cerebrolesioni è complessa soprattutto per i casi medio-gravi. Le alterazioni vanno da quelle neuromotorie e cognitive a quelle psicologico-comportamentali. Il recupero è lento e può estendersi nel corso degli anni. La disabilità può accompagnare il soggetto per tutta la vita e sono aumentati anche i soggetti cui residuano livelli severi di disabilità, i pazienti in stato vegetativo persistente e quelli a basso contenuto di coscienza. E' per questi pazienti, che in

Italia si registrano ancora oggi gravi carenze assistenziali sia per quanto riguarda i percorsi riabilitativi che quelli di sostegno domiciliare o in strutture protette.

### B.3) Epidemiologia delle anomalie congenite

Le statistiche indicano che nei paesi a più elevato livello di vita un terzo delle ammissioni agli ospedali pediatrici è dovuta a malattie propriamente genetiche e/o malattie con forte componente genetica, nelle quali cioè una mutazione genomica è legata causalmente ad uno specifico stato morboso (ad es.: malattie cromosomiche e mendeliane) o costituisce un fattore di suscettibilità ad una patologia complessa ad esordio neonatale, pediatrico o dell'adulto (ad es.: malformazioni congenite, malattie croniche dell'adulto, tumori, ecc.). Le condizioni di grave disabilità fisica e mentale che caratterizzano la maggior parte delle malattie genetiche ad esordio precoce (prenatale, neonatale e pediatrico) non solo colpisce la qualità della vita del paziente, ma ha pesanti ripercussioni anche sulla famiglia e la società.

Una stima dell'incidenza per mille nati vivi di malformazioni congenite, anomalie cromosomiche e malattie ereditarie è riassunta in tab. 3; sono inoltre riportati i dati di mortalità e morbilità (inabilità permanente) per questi tre gruppi di patologie, i principali interventi terapeutici e la loro efficacia.

**Tabella 3: Stima dell'incidenza e dell'esito annui delle gravidanze in Umbria per anomalie congenite**

<i>Esito delle gravidanze</i>					
<b>Categoria anomalia</b>	<b>Numero per 1000 nati vivi</b>	<b>Mortalità neonatale (%)</b>	<b>Inabilità permanente (%)</b>	<b>Trattamento efficace (%)</b>	<b>Principali necessità terapeutiche</b>
Malformazioni congenite	15,7	22	24	54	Chirurgia pediatrica
Anomalie cromosomiche	3,2	34	64	2	Sostegno sociale
Malattie ereditarie	7,0	58	31	11	Trattamento medico e sostegno
<b>Totale</b>	<b>25,9</b>	<b>29</b>	<b>28</b>	<b>43</b>	

Fonte: nostra elaborazione su dati IUMC, WHO Advisory Group on hereditary diseases e Czeizel & Sankaranarayanan.

\*Nascite totali annue in Europa = 13,6 x milione.

La regione Umbria ha attivato in questo settore sia un intervento conoscitivo tramite l'Indagine Umbra sulle Malformazioni Congenite - IUMC, partita nel 1986, sia un Servizio di Consultorio Genetico e Diagnosi Prenatale istituito nel 1991. Quest'ultimo ha operato in due principali direzioni:

- a) prevenzione delle malattie da aberrazione cromosomica, eseguendo dal 1991 ad oggi oltre 4500 esami citogenetici prenatali che hanno portato all'identificazione di 120 (2,5%) feti con cariotipo patologico. Nel solo anno 1998 sono stati diagnosticati 9 casi di S. di Down. L'efficacia di questo intervento risultava evidente già dai rilevamenti compiuti dall'IUMC nel 1996, che documentavano una riduzione della prevalenza alla nascita di S. di Down, legata alla scelta consapevole e informata di interrompere la gravidanza nella quasi totalità dei casi;
- b) consulenza nei casi/famiglie con presunta o documentata (clinicamente o laboratoristicamente) patologia genetica. Nell'ambito di questa attività, che è andata aumentando progressivamente, il Servizio Umbro, oltre a fornire prestazioni di diagnostica laboratoristica di citogenetica post.natale, ha organizzato una fitta e proficua serie di collegamenti con laboratori, italiani ed esteri, specializzati in diagnostica molecolare di malattie monogeniche di grande impatto medico e sociale (es. distrofia miotonica, distrofia muscolare di Duchenne, fibrosi cistica, ritardo mentale X-linked, corea di Huntington, idrocefalia X-linked, difetti congeniti del metabolismo, ecc.). Molte situazioni di incerta origine hanno potuto trovare così una corretta collocazione

nosografica, consentendo al genetista di identificare la modalità ed i soggetti potenzialmente a rischio di trasmettere la malattia.

Va infine ricordato che per alcune patologie congenite del metabolismo sono o saranno in breve tempo disponibili terapie sostitutive enzimatiche.

#### **B.4) Indicazione dei problemi di salute prioritari**

Sulla base dei dati epidemiologici ISTAT, dei dati preliminari dello studio regionale, dei dati derivanti dal censimento delle strutture riabilitative, d'informazioni derivanti da altri dati nazionali e internazionali, della rilevazione delle priorità delle singole aziende, considerando le specificità e le esperienze consolidate dalla tradizione d'intervento sulla disabilità in questa regione, salvaguardando le competenze acquisite, sono stati individuati i seguenti problemi di salute prioritari:

1. *disabilità evitabile da anomalie congenite;*
2. *disabilità evitabile da lesioni involontarie;*
3. *disabilità evitabile in età evolutiva;*
4. *disabilità evitabile nell'età adulta e nell'anziano*
5. *presenza di handicap abbattibili o riducibili, per i portatori di disabilità, nelle relazioni sociali, in ambito scolastico, lavorativo etc.*

Questi problemi di salute sono qui rappresentati in forma ancora generale, non essendo al momento disponibili le conoscenze epidemiologiche necessarie per misurare con precisione le situazioni di partenza a livello regionale.

#### **C) OBIETTIVI DI SALUTE**

In base allo stato attuale delle conoscenze in questo campo, il presente atto di indirizzo programmatico assume degli obiettivi di salute generale, collocandoli però all'interno di un obiettivo conoscitivo finalizzato alla acquisizione delle necessarie conoscenze epidemiologiche, come di seguito proposto:

*definire e rilevare gli outcome che consentono di valutare i risultati ottenuti nel perseguimento dei seguenti obiettivi generali di salute:*

- 1) prevenzione delle anomalie congenite
- 2) prevenzione delle lesioni involontarie e riduzione della disabilità evitabile da traumi gravi (sia midollari che cranio encefalici);
- 3) riduzione della disabilità evitabile nell'età evolutiva
- 4) riduzione della disabilità evitabile nell'età adulta e nell'anziano
- 5) abbattimento o eventuale riduzione degli handicap per i portatori di disabilità nelle relazioni sociali, in ambito scolastico, lavorativo etc.

## **D) ASSETTI ORGANIZZATIVI**

Di seguito vengono indicati, in termini di riferimenti generali per l'autonoma attività organizzativa delle aziende sanitarie, i modelli e le azioni funzionali alla soluzione dei problemi di salute prioritari ed al conseguente raggiungimento degli obiettivi di salute generali sopra definiti.

### **D.1) Potenziamento ed ulteriore qualificazione della prevenzione delle anomalie congenite**

Oltre alle azioni di prevenzione ambientale e sui luoghi di lavoro, finalizzate alla abbattimento delle esposizioni a sostanze teratogene, nel triennio di vigenza del Piano è opportuno puntare a migliorare il livello di sorveglianza delle disabilità dovute a patologia cromosomica, da attuarsi mediante la prevenzione /diagnosi citogenetica pre e post - natale).

Nel quadro della revisione della DGR del 1991 che ha istituito in Umbria il Servizio di Consultorio Genetico e Diagnosi Prenatale, già prevista nell'atto di indirizzo programmatico "Tutela della salute della donna e dell'età evolutiva", saranno previste le misure per l'adeguamento dell'offerta alle mutate conoscenze e condizioni operative, tenendo presente che per il mantenimento di standard adeguati di qualità e contenimento dei costi, il bacino di utenza deve essere di 500.000 - 1.000.000 di abitanti per il laboratorio di citogenetica e circa il doppio per quello di biologia molecolare.

### **D.2) Attivazione di percorsi riabilitativi e omogeneizzazione delle modalità di intervento nell'età evolutiva**

Si rimanda la paragrafo D.5) dell'atto di indirizzo programmatico generale "Tutela della salute della donna e dell'età evolutiva".

### **D.3) Razionalizzazione delle prestazioni ambulatoriali di Medicina Fisica e Riabilitazione e della riabilitazione territoriale**

Le prestazioni ambulatoriali specialistiche di Medicina Fisica e Riabilitazione rientrano tra quelle di tipo estensivo. Esse sono rivolte a:

- disabilità di entità contenuta di recente insorgenza e rapida risoluzione (es. traumatismi muscolo-scheletrici, esiti di interventi chirurgici, ecc.);
- disabilità post-acute a completamento del programma riabilitativo iniziato in regime di ricovero allo scopo anche di facilitare un più precoce reinserimento domiciliare;
- disabilità croniche stabilizzate (necessitanti di interventi riabilitativi di "mantenimento" o prevenzione del degrado motorio-funzionale oppure di attività educativa);
- disabilità croniche minimali (es. patologie articolari degenerative).

Le soluzioni organizzative, in questo campo, sono rivolte a far fronte ai problemi relativi alla qualità della domanda riabilitativa e della risposta assistenziale.

#### **D.3.1) Qualità della domanda riabilitativa**

**Si ritiene opportuno attivare programmi di informazione sanitaria nei confronti del MMG e di educazione sanitaria dell'utente:**

- per i MMG: fornire strumenti di conoscenza sulle varie possibilità terapeutiche della riabilitazione ambulatoriale e soprattutto sull'importanza dei più moderni approcci riabilitativi alle

patologie osteoarticolari croniche (per es. gruppi di trattamento, back school, programmi di autotrattamento a domicilio, ecc.);

- per l'utente: effettuare programmi di prevenzione delle disabilità d'interesse riabilitativo in collaborazione con gli operatori del sociale. A seconda all'età dei pazienti si potranno promuovere iniziative di prevenzione primaria (giovani) o secondaria (anziani).

#### D.3.2) Qualità della risposta assistenziale

Si ritiene opportuno definire un protocollo aziendale di valutazione e trattamento riabilitativo ambulatoriale secondo criteri uniformi di efficacia ed appropriatezza per le menomazioni/disabilità che normalmente afferiscono all'Azienda.

In particolare tale protocollo dovrà prevedere:

- per le patologie acute riabilitative: definire alcune menomazioni/disabilità più frequenti sulle quali stabilire piani di intervento di qualità attraverso procedure uniformi di valutazione e trattamento basate soprattutto sulla medicina dell'evidenza, il che permette in questa sede di non fornire l'elenco delle discipline, essendo la presenza di ognuna condizionato dalla disponibilità di solide evidenze;
- per le patologie croniche: predisporre un elenco di menomazioni/disabilità per le quali adottare una ridefinizione dell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali soprattutto di terapia fisica.

Per la disabilità transitorie e/o minimali è sufficiente la predisposizione di un programma riabilitativo a breve termine senza presa in carico del paziente da parte dell'équipe riabilitativa.

Per le altre tipologie di disabilità è necessaria la presa in carico del paziente e la predisposizione di un progetto riabilitativo organico.

Il tipo di menomazione alla base della disabilità (es. patologie neurologiche, ortopediche, respiratorie, ecc.) deve orientare specifici percorsi d'intervento e protocolli terapeutici cui si associa la necessità di coinvolgere specifiche figure professionali.

Una maggiore efficienza organizzativa può essere ottenuta istituendo i Poli Territoriali di Medicina Riabilitativa (PTMR) collegati tra di loro, con il domicilio e con le attività riabilitative ospedaliere (alta specialità riabilitativa, riabilitazione intensiva neuromotoria, riabilitazione nei reparti per acuti); essi si inseriscono nella struttura organizzativa dei Distretti.

La sede organizzativa del PTMR è posta nei DSS dell'Azienda dove può essere garantito un rapporto più ravvicinato tra l'équipe riabilitativa e gli altri operatori del territorio.

E' previsto che l'attività riabilitativa nel territorio si attui nelle seguenti sedi operative:

- Centri di Salute;
- Strutture Protette;
- Domicilio del paziente (limitatamente a programmi di adeguamento ambientale e di addestramento per le assistenze o di integrazione all'ADI).

#### **D.4) Interventi per la prevenzione delle lesioni involontarie e l'attivazione di una assistenza efficace sui traumi gravi (sia midollari che cranio encefalici)**

##### D.4.1) Prevenzione delle lesioni involontarie

La prevenzione delle lesioni involontarie è basata principalmente su:

- interventi sugli assetti territoriali ed urbanistici finalizzati a favorire l'uso di mezzi di trasporto sicuri, all'ammodernamento della rete viaria e del parco dei veicoli circolanti, alla creazione di percorsi calibrati sulle capacità e sulle specificità dei cittadini;
- interventi di educazione alla salute in ambito scolastico e non, finalizzati al miglioramento di conoscenze, atteggiamenti e comportamenti associati con l'evento "lesione involontaria" con particolare riferimento all'uso dei mezzi personali di protezione da parte di conducenti e passeggeri ed agli incidenti domestici.

Valgono ovviamente in questa sede tutte le considerazioni e gli interventi proposti nell'atto di indirizzo programmatico "Prevenzione nei luoghi di lavoro".

#### *D.4.2) Mielolesioni*

L'Unità Spinale Unipolare di Perugia ha attualmente 6 posti letto di degenza e 2 posti letto di day-hospital ed una limitata attività ambulatoriale.

Il progetto riabilitativo globale che riguarda tutti gli aspetti sanitari e sociali della vita della persona con lesione midollare necessita dell'attivazione di una rete di collegamento con le strutture territoriali per il migliore reinserimento della persona nel suo contesto socio-familiare:

- percorsi organizzativi per facilitare il proseguimento dell'iter riabilitativo;
- formazione degli operatori territoriali;
- predisposizione ed adeguamento del personale e degli spazi in funzione dell'ampliamento a 18 posti letto, da avviare nel 2000 e concludere in concomitanza con l'attivazione della nuova "stecca" prevista nel progetto edilizio del Nuovo Silvestrini (verosimilmente entro il 2001) comprendendo le strutture riabilitative (palestre, percorsi esterni, spazio di ergoterapia, piscina e spazi ricreazionali) necessarie data la lunga permanenza che questa patologia richiede.

Vanno inoltre previste:

- la formazione specifica permanente degli operatori già presenti in Unità Spinale Unipolare e dei nuovi assunti, oltre alla formazione per migliorare e affermare in modo continuativo il lavoro di équipe;
- ricerca regionale epidemiologica sulla prevalenza della mielolesione finalizzata all'individuazione di programmi di prevenzione;
- stesura di protocolli e loro validazione;
- attivazione di ricerche preliminari finalizzate alla stesura di Linee Guida sul trattamento globale della persona con lesione midollare.

#### *D.4.3) Gravi cerebrolesioni acquisite e traumi cranioencefalici*

Per i gravi traumi cranioencefalici e cerebrolesioni vascolari, infettive ed altro che abbiano comportato uno stato di coma (GCS < 8) l'intervento riabilitativo deve essere interdisciplinare e interprofessionale con programmi integrati e condivisione di obiettivi (lavoro in team).

Inoltre è fondamentale definire le linee di indirizzo sul percorso riabilitativo del grave cerebroleso attraverso protocolli integrati tra le varie strutture riabilitative e non, mettendo a punto protocolli di gestione domiciliare del pz con grave disabilità residua.

Perché i protocolli abbiano un'applicazione efficace occorre operare l'aggiornamento e l'addestramento del personale sanitario dell'Unità Gravi Cerebrolesioni Acquisite. Inoltre sarà necessaria un'attività formativa del personale dell'azienda verso altro personale regionale per alimentare l'uniformità di intervento nelle varie fasi del percorso riabilitativo regionale delle Gravi Cerebrolesioni Acquisite.

*A garanzia di un corretto intervento in rete che possa garantire percorsi adeguati per i pazienti occorrono delle integrazioni funzionali tra i poli dell'acuzie delle aziende ospedaliere e le strutture riabilitative per gravi cerebrolesioni (Terni e Trevi-Foligno). In particolare a Terni è previsto un intervento riabilitativo intensivo collegato con il reparto di neurochirurgia e presso la U.O. di Riabilitazione Intensiva Neuromotoria di Trevi (M.O. Unità Gravi Cerebrolesioni Acquisite) la fase della riabilitazione intensiva come integrazione a Terni e di riferimento per la provincia di Perugia.*

Per il trattamento di pazienti non in grado di sostenere una riabilitazione intensiva è opportuno prevedere l'istituzione di posti letto per attività di Riabilitazione Estensiva presso un presidio ospedaliero di ciascuna Azienda, prevedendo integrazioni funzionali con a completamento dell'iter riabilitativo.

Per ciascun paziente va attivato un progetto riabilitativo individuale che può prevedere una fase di riabilitazione estensiva in regime di ricovero o ambulatoriale (vedi mandato della struttura) preliminare al definitivo reinserimento al proprio domicilio o struttura assimilabile.

Il modello organizzativo della struttura è caratterizzato da:

- tutte le prestazioni debbono essere coerenti con la definizione e le verifiche del progetto riabilitativo individuale predisposto;
- il lavoro riabilitativo è strutturato per obiettivi; la durata della degenza è strettamente legata al raggiungimento di essi (di norma entro 60 giorni);
- il percorso riabilitativo deve essere registrato su cartella clinica;
- alla conclusione del programma deve esservi una valutazione formalizzata dei risultati conseguiti;
- la modalità operativa è quella del lavoro in équipe con momenti strutturati sia di verifica dei programmi riabilitativi che d'aggiornamento.

Per facilitare il rientro in comunità è opportuno prevedere collegamenti tra le strutture territoriali quelle ospedaliere, la sperimentazione di un centro orientamento professionale per il reinserimento lavorativo dei pazienti disabili e la sperimentazione d'ausili tecnologicamente avanzati a valenza regionale ed extraregionale.

Inoltre le famiglie dovrebbero avere un ruolo nel pianificare e condividere con gli operatori il progetto riabilitativo individualizzato attraverso un formalizzato coinvolgimento.

#### **D.5) Verifica della qualità del supporto assistenziale ai disabili, sia in termini di assistenza protesica che in termini di assistenza residenziale**

Sul versante dell'assistenza protesica, il D.M. n. 332 del 27/8/1999 "Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario nazionale: modalità di erogazione e tariffe" va applicato in modo da:

- superare l'inadeguatezza del sistema di tutela che il vecchio nomenclatore tariffario riusciva a garantire (insufficiente inquadramento della erogazione di un ausilio in un progetto riabilitativo, scarsa personalizzazione del servizio, gestione separata dei percorsi certificativi, prescrittivi ed assistenziali, limiti temporali, economico-finanziari ed eziologici di erogazione, mera azione di contenimento dei costi, scarsa trasparenza sulle scelte delle aziende sanitarie, etc.);
- garantire la disponibilità di prestazioni protesiche adeguate, di qualità e tecnologicamente aggiornate;
- consentire le verifiche sulla appropriatezza della spesa e sulla trasparenza e correttezza dei meccanismi allocativi .

In questa direzione è necessario prevedere:

- una gestione trasparente delle diverse fasi di applicazione collegate con il Nuovo Nomenclatore Tariffario, con presenza specifica delle componenti gestionali, professionali, delle aziende erogatrici e delle organizzazioni che tutelano il diritto alla salute dei cittadini;

- unificazione dei percorsi e dei momenti certificativi (Commissioni mediche preposte al riconoscimento dell'invalidità), prescrittivi (secondo le Linee Guida Nazionali in materia di Riabilitazione) ed assistenziali, in modo da garantire sia che l'erogazione di un ausilio e la valutazione della sua adeguatezza avvengano all'interno di un piano riabilitativo personalizzato sia che le soluzioni siano connotate in termini di flessibilità e dinamicità complessiva, garantendo risposte appropriate ed omogenee sul territorio regionale sia per le condizioni di disabilità permanente che temporanea;
- momenti e strumenti di vigilanza e monitoraggio permanente del nuovo sistema, in modo da garantirne la implementazione e da poter effettuare modifiche, ove si rivelino necessarie, in corso d'opera.

Occorre razionalizzare la prescrizione degli ausili creando un centro ausili per ogni Azienda territoriale. In questo modo sarà possibile tenere sotto controllo l'attività prescrittiva verificando anche che la prescrizione sia inserita rigorosamente nell'ambito di un progetto riabilitativo.

Su un altro versante, vanno adottate soluzioni organizzative adeguate per valutare la qualità dell'assistenza fornita, sia nella nostra regione che altrove, ai disabili cronici o post-acuti con caratteristiche cliniche che rendono impossibile il reinserimento domiciliare e che quindi usufruiscono sia di strutture residenziali o semiresidenziali, in base a quanto disposto dall'art. 26 della legge 833/78, sia di residenze sanitarie assistenziali, così come già previsto nell'Atto di indirizzo programmatico "Tutela della Salute degli anziani".

#### **D.6) Attivazione del Dipartimento di riabilitazione**

Per una efficiente gestione dei percorsi riabilitativi efficaci (di cui al successivo capitolo E) viene qui proposto il modello organizzativo del Dipartimento della Riabilitazione in modo da creare una rete integrata di servizi con omogeneità di intervento evitando inutili duplicazioni.

Il Dipartimento di Riabilitazione è una struttura organizzativa di II livello che aggrega servizi e blocchi funzionali che agiscono su aree omogenee di intervento riabilitativo .

La sua missione è coordinare ed integrare tutte le attività e le diverse professionalità che intervengono nella riabilitazione creando percorsi riabilitativi basati su criteri di unitarietà, tempestività, efficacia ed appropriatezza.

La tipologia di riferimento è quella del dipartimento transmurale. Quindi, analogamente al Dipartimento materno - infantile, esso gestisce direttamente i servizi dedicati presenti a livello ospedaliero, mentre cura l'integrazione funzionale dei servizi riabilitativi collocati a livello distrettuale, la cui gestione spetta al distretto. A questo livello, il Dipartimento può avere una articolazione funzionale in Poli Territoriali di Medicina Riabilitativa (PTMR), dove opera l'équipe riabilitativa in stretto rapporto con il Medico di Medicina Generale (MMG) ed il medico responsabile di Distretto.

Con riferimento alla distinzione sopra operata, esso si occupa delle funzioni previste dal PSR per i dipartimenti a carattere organizzativo e funzionale, qualificandosi, tra l'altro nello svolgimento delle attività previste nel presente atto nei paragrafi E, F, G.

Il dipartimento della riabilitazione cura altresì l'integrazione con il servizio previsto dall'art. 9 della legge 3/98, che fornisce ai Terapisti della Riabilitazione una autonoma cornice organizzativa per quanto riguarda gli aspetti professionali sostanziando un'adeguata rappresentanza in seno al Consiglio di Dipartimento.



## **D.7) Attivazione di interventi efficaci per l'abbattimento/riduzione degli handicap per i portatori di disabilità nelle relazioni sociali, in ambito scolastico, lavorativo, etc.**

Con riferimento alle azioni efficaci per la riduzione e l'azzeramento dei livelli d'esclusione sociale delle persone con disabilità, la Regione dell'Umbria ha approvato la Legge 3 del 25 gennaio 1997 "Riorganizzazione della rete di protezione sociale regionale e riordino delle funzioni socio-assistenziali" e conseguentemente è in via d'approvazione il Piano Sociale Regionale, quale strumento applicativo della sopra richiamata legge.

In ambito nazionale la legislazione in materia di disabilità ha avuto inoltre un impulso particolare con l'approvazione della legge 104/92, la quale, essendo relativa all'integrazione sociale, scolastica e lavorativa delle persone con handicap, imposta il problema dell'inclusione sociale in maniera articolata.

Perciò, la legge quadro sull'handicap, che doveva rappresentare il riordino della delicata e complessa materia al fine di garantire l'effettivo inserimento sociale, scolastico e lavorativo per assicurare il raggiungimento della massima autonomia possibile delle singole persone con handicap, per essere pienamente attuata, abbisogna di una funzionale forma d'aggregazione fra i vari soggetti chiamati in causa.

La Regione dell'Umbria ha deciso di dare attuazione alla Legge 104/92 non attraverso una legge regionale specifica, bensì individuando gli ambiti applicativi anche attraverso l'attuazione della Legge Regionale 3/97 e il Piano Sociale in via di definizione.

In particolare è stata elaborata, da un gruppo regionale istituito con delibera 8092 del 13.11.96, la "Linea guida regionale per l'applicazione della Legge 104/92 per gli ambiti di competenza delle Aziende USL", DGR 3811/98.

Si richiama inoltre l'articolo 23 della Legge Regionale 3/97 "Azioni per l'assistenza ai disabili"; l'articolo 24 "Interventi per l'assistenza, l'integrazione sociale ed i diritti delle persone disabili"; l'articolo 28 comma 4; l'articolo 31 "attribuzione funzionale alle Aziende USL delle attività sociali a rilievo sanitario".

Un punto essenziale, nel processo di superamento degli ostacoli per il pieno recupero delle persone con disabilità alla vita sociale, è la concreta attuazione dell'integrazione fra i servizi sanitari e quelli sociali.

Quest'interpretazione trova piena attuazione nella filosofia affrontata dal Piano Sociale Regionale, dove nel Capitolo sette sono enunciati i concetti e le strategie per la piena integrazione socio-sanitaria dei servizi che si occupano anche delle persone con disabilità.

In particolare nel Capitolo 7.1 sono definite le aree ad elevata integrazione socio-sanitaria.

Sempre all'interno del Piano Sociale, nel Capitolo 4 "la rete dei servizi essenziali per ogni ambito territoriale" sono elencati una serie di servizi da istituire per persone con disabilità grave e gravissima.

Inoltre nel Capitolo 11 si parla di "progetti innovativi da sperimentare" e al Capitolo 11.2 punto h di "Interventi per favorire l'autonomia e la mobilità delle persone disabili".

Si ritiene pertanto indispensabile, per garantire un reale inserimento sociale delle persone con disabilità, la piena attuazione della normativa esistente privilegiando tutte quelle azioni sinergiche che ne favoriscono, dove possibile, la loro autonomia ed indipendenza.

## **E) SISTEMI OPERATIVI PER L'EFFICACIA: LINEE GUIDA**

E' evidente una sostanziale variabilità di comportamento nella pratica clinica nei servizi umbri in relazione alla gestione di condizioni simili, con presenza, in alcuni casi, di inappropriata nelle decisioni diagnostiche e terapeutiche e con importanti implicazioni etiche e di equità per la mancanza di eguaglianza assistenziale.

Da quanto sopra emerge la necessità di uniformare sul territorio regionale le procedure di accesso

ed i percorsi per le prestazioni previste nel presente atto di indirizzo. Si tratta in sostanza di condividere le strategie più opportune per garantire uniformità di trattamento, qualità degli interventi ed equità per tutti i cittadini, aprendo spazio all'aggiornamento professionale nonché alla sperimentazione clinica.

Le linee guida in materia sono ormai abbondanti e continuano a proliferare; si tratta ora di programmare un momento di messa in comune, di loro approvazione e di diffusione di tali materiali, prevedendo le modalità per calarli concretamente nella realtà regionale.

Nell'arco del triennio si intende con la creazione ed applicazione di linee guida, protocolli e altre modalità di raccordo interprofessionale, che andranno valutati in termini di risultati ottenuti:

- ridurre la probabilità che uno stesso paziente possa ricevere trattamenti diversi in funzione non del proprio problema clinico, ma del luogo presso il quale è assistito;
- escludere dai livelli di assistenza finanziati le prestazioni che non soddisfano il principio di efficacia dimostrata con evidenze scientifiche disponibili;
- escludere gli interventi che non rispondono al principio dell'efficienza produttiva;
- escludere gli interventi che non soddisfano i bisogni primari di salute;
- migliorare l'appropriatezza del livello assistenziale di erogazione degli interventi.

La Regione validerà le Linee guida in base ai seguenti criteri:

- rigorosa documentazione delle evidenze di efficacia;
- bilanciamento delle competenze presenti in sede di elaborazione delle linee guida: essendo noto che le strategie in sanità derivano da pressioni di singoli gruppi di professionisti o di specifiche società professionali, è opportuno che nella stesura delle stesse (o come criterio di verifica in sede di loro recepimento) siano valorizzate maggiormente quelle che derivano da apporti multiprofessionali e che hanno previsto negli staff di lavoro la presenza di epidemiologi, medici di sanità pubblica ed economisti sanitari;
- sostenibilità economica delle proposte: al di fuori di qualsiasi logica incrementale, una buona linea guida, deve indicare oltre alle cose da fare, anche quelle da non fare più, perché obsolete o di dimostrata inefficacia;
- accurata previsione delle modalità di applicazione ed implementazione;
- parallela definizione della base formativa necessaria per la "manutenzione" delle conoscenze e capacità professionali, attraverso opportuni interventi formativi, in modo tale da elevare la preparazione media dei professionisti e metterli nelle condizioni di partecipare attivamente e di poter recepire, in piena consapevolezza le indicazioni proposte dalle linee guida.

## **F) SISTEMI OPERATIVI PER L'APPROPRIATEZZA GESTIONALE**

### **F.1) Attribuzione e gestione delle risorse**

I fondi finalizzati alla realizzazione del presente Atto di indirizzo programmatico, che consistono in circa 700 milioni per ciascuna delle annualità 2000 e 2001, saranno attribuiti alle Aziende USL in sede di riparto dei fondi per il 2000 e per il 2001 in base alla popolazione residente.

La loro utilizzazione dovrà essere finalizzata alla realizzazione dei piani di attività aziendali.

Su un altro versante, la regione si impegna a verificare la remuneratività delle tariffe previste per le attività di riabilitazione dei cerebrolesi e delle altre attività previste nel presente atto.

### **F.2) Sistemi di contabilità**

Le aziende sanitarie e l'Assessorato, avvalendosi dei sistemi di contabilità economico patrimoniale ed analitica, determinano i costi attribuibili ai servizi chiamati a realizzare il presente atto di

indirizzo, in modo da poter effettuare analisi costi efficacia e costi efficienza e comparazioni tra servizi regionali e/o di altre regioni.

### **F.3) Valutazione di processo e di esito**

L'erogazione dei fondi 2001 sarà subordinata alla verifica della effettiva realizzazione degli interventi previsti dalle Aziende nei programmi attuativi, da parte dell'apposito Gruppo di Lavoro (composto da delegati delle Direzioni aziendali) regionale che si occuperà della verifica di processo e di risultato del presente Atto di indirizzo, secondo gli obiettivi prefissati e le scadenze temporali definite.

Sarà inoltre attivato un tavolo di consultazione a cadenza almeno annuale con le organizzazioni degli utenti per la verifica della accessibilità dei servizi e della percorribilità delle soluzioni assistenziali qui proposte.

### **F.4) Accredimento strutturale e professionale e formazione continua**

In base anche alla normativa nazionale, i centri umbri dovranno essere accreditati nei tempi indicati e secondo le modalità previste.

Tutti i servizi dovranno, secondo standard nazionali e internazionali ormai condivisi ma che nell'ottica di quanto detto sopra andrebbero organicamente riproposti in modo unico e condiviso, rispondere ad precisi requisiti di attività e di dotazioni e soprattutto di formazione ed aggiornamento del personale, per garantire qualità e appropriatezza di prestazioni. Tali programmi dovranno essere previsti nei Piani attuativi delle aziende ed anche a livello regionale, per tutte le figure professionali coinvolte.

In questa direzione, la competente struttura dell'Assessorato si avvarrà del Gruppo di lavoro previsto nel paragrafo F.3.

### **F.5) Supporti conoscitivi: epidemiologia, sistema informativo, ricerca**

#### **F.5.1) Sorveglianza epidemiologica**

L'acquisizione delle informazioni epidemiologiche necessarie per valutare l'impatto sulla salute degli umbri di quanto previsto in questa sede richiede i seguenti impegni:

- anomalie congenite: continuazione delle attività del Registro sulle malformazioni congenite e suo collegamento con il Servizio di Consultorio Genetico e Diagnosi Prenatale e con tutti i punti nascita presenti in Umbria;
- lesioni intenzionali: attivazione, nel quadro del sistema di sorveglianza e intervento sui rischi comportamentali nei giovani (vedi atto di indirizzo "Lotta all'AIDS") della prevista rilevazione triennale sulla prevalenza dei comportamenti a rischio per lesioni intenzionali nei giovani, conformemente alle indicazioni previste dal CDC di Atlanta per BRFSS (Behavioral Risk Factor Surveillance System).

Possono essere inoltre realizzati indagini ad hoc e ricerche volte a stimare prevalenza ed incidenza di specifiche patologie per le quali vi sia evidenza di efficacia.

### F.5.2) Sistema informativo

Il sistema informativo provvederà ad integrare le informazioni fornite la Ministero con quelle individuate come indispensabili per il monitoraggio delle attività in base alla già citata (Paragrafo A.3) indagine sulle attività riabilitative in Umbria.

### F.5.3) Ricerca finalizzata

La ricerca finalizzata regionale verterà, per l'anno 2000 sul tema della validazione dell'efficacia (tramite metaanalisi) di procedure preventive e riabilitative finalizzate alla riduzione della disabilità, mentre nell'anno 2001 verterà sul tema della valutazione di qualità dei servizi previsti nel presente atto.

## **G) MANUTENZIONE DEI CLIMI ORGANIZZATIVI E GESTIONE DEI RUOLI ESTERNI**

Per garantire risultati in termini di efficacia e di qualità delle prestazioni, i singoli professionisti si devono sentire coinvolti a pieno titolo nella organizzazione del lavoro, responsabili delle proprie azioni e motivati nel perseguimento di obiettivi di qualità da raggiungere, non in termini individualistici, ma con un forte senso di lavoro di gruppo, di integrazione e di partecipazione alle scelte programmatiche.

### G.1) Clima interno

E' indispensabile prevedere:

- possibilità di scambi di opinioni con tutti i professionisti, gli operatori sanitari e amministrativi coinvolti nei vari processi di assistenza o di organizzazione dei servizi e attività;
- che le rappresentanze delle professionalità partecipino ai momenti formali consultivi e decisionali (Consigli di Dipartimento, riunioni di servizio, ecc.);
- sistemi premianti che motivino gli operatori;
- diffusione e piena disponibilità dell'informazione scientifica accreditata nell'ambito di un processo di VRQ e miglioramento continuo di qualità.

### G.2) Ruoli esterni

Presupposto basilare per il raggiungimento completo degli obiettivi di questo atto di indirizzo è il coinvolgimento e la completa integrazione delle varie figure professionali coinvolte del mondo sanitario, del mondo sociale, ma anche delle associazioni di volontariato, del terzo settore e di tutte le figure che a vario titolo e a vario livello possono aiutare al raggiungimento degli obiettivi di salute prefissati.

All'interno dell'atto di volta in volta sono stati indicate le figure chiave e gli organismi da coinvolgere a pieno titolo nella fase di progettazione e di realizzazione delle attività, facendo nel contempo chiarezza sulla delimitazione delle specifiche aree di intervento, nel rispetto preciso dei ruoli e delle competenze.

## **H) CALENDARIO DEGLI IMPEGNI PER IL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PIANO**

1) Entro il primo anno:

- definizione della programmazione attuativa aziendale;
- rassegna delle evidenze e delle linee guida disponibili;
- definizione degli indicatori di esito;
- convocazione di una conferenza regionale sui servizi di riabilitazione.

2) Entro il secondo anno:

- attivazione dei programmi attuativi aziendali e dei piani di formazione;
- validazione delle linee guida a livello regionale;
- riorganizzazione del registro IUMC e di eventuali altri flussi informativi ai fini delle valutazioni di esito;

3) Entro il terzo anno:

- verifica della qualità dei servizi attivati;
- attuazione dei programmi attuativi e dei piani di formazione;
- adozione delle linee guida validate a livello regionale;
- prime valutazioni di esito.

### **5.2.9 LOTTA ALLE CARDIO E CEREBROVASCULOPATIE**

#### **A) CORNICE**

Le malattie cardiocerebrovascolari sono al primo posto fra le cause di morte e sono causa frequente di morbosità e di invalidità in tutto il mondo. In Europa e nell'America del Nord sono responsabili di circa il 50% della mortalità, contro il 20% dei paesi asiatici ed africani.

Secondo i dati ISTAT (annuario statistico italiano 1996) le patologie cardiocerebrovascolari hanno causato il 43,6% dei decessi, con differenze tra le varie aree geografiche (45,9% nell'Italia meridionale contro il 42,6% nell'Italia settentrionale).

Nel quadro internazionale, il nostro paese si colloca su valori intermedi tra quelli della Francia e di altri paesi del Mediterraneo, dove morbidità e mortalità sono minori, e quelli del Nord America e dei paesi nord-europei (in Scozia la mortalità annuale per queste patologie è più che doppia rispetto a quella osservata in Italia).

In termini di andamenti temporali, nella maggior parte dei paesi industrializzati si sta verificando una significativa riduzione della mortalità per queste cause, soprattutto nelle età inferiori ai 75 anni, dovuta alla attenzione crescente dedicata alle misure di prevenzione primaria, oltre che al miglioramento delle strategie terapeutiche e alla introduzione di nuove procedure interventistiche. Anche in Italia i trend dimostrano un calo della mortalità per malattie cardio e cerebrovascolari sotto i 75 anni.

In termini assoluti invece si assiste ad un sostanziale mantenimento del numero complessivo degli infarti e degli ictus con posticipazione degli eventi sopra i 75 anni, per effetto della più lunga sopravvivenza.

Sono stati considerati fattori basilari di questo processo:

- la diminuzione dell'abitudine fumatoria dovuta a politiche sanitarie disincentivanti dopo la dimostrazione della associazione tra abitudine fumatoria e insorgenza di cancro e di patologie cardiovascolari;

- il controllo della pressione arteriosa e soprattutto l'aumento degli ipertesi sotto trattamento;
- la diminuzione dei livelli di colesterolemia;
- i cambiamenti delle abitudini alimentari, in particolar modo la limitazione nell'uso di grassi saturi e colesterolo;
- i progressi nella diagnostica e nel trattamento delle patologie cardiologiche e degli ictus, incluso il trattamento dell'ipertensione e della ipercolesterolemia, nella organizzazione di servizi di emergenza per infarto, coronaropatie e ictus, con l'ausilio di personale altamente specializzato e qualificato.

In questo settore nosologico le patologie che richiedono un controllo attento sia dell'organizzazione sanitaria che della spesa sanitaria sono rappresentate da:

- cardiopatia ischemica;
- scompenso cardiaco;
- aritmie e la morte improvvisa;
- vasculopatia extracoronarica;
- ictus.

Per tutte queste patologie è opportuno attivare, oltre ai fondamentali programmi di prevenzione primaria, anche quelli più strettamente clinici di prevenzione secondaria, di trattamento acuto, di riabilitazione, di follow up, con momenti differenziati di stretta integrazione del territorio con l'Ospedale di riferimento e prevedendo la massima collaborazione tra Aziende Ospedaliere, tenendo presente che gli interventi preventivi presentano il miglior rapporto costo efficacia e che le strutture assistenziali implicano per un loro corretto funzionamento, investimenti consistenti di risorse.

## B) PROBLEMI DI SALUTE

*Sono stati individuati, come prioritari per il triennio, i seguenti problemi di salute:*

1. *Mancata acquisizione dei guadagni di salute consentiti da interventi di prevenzione primaria e secondaria sui fattori di rischio noti, modificabili e ad impatto sanitario provato per le malattie cardio e cerebro vascolari.*

**La conoscenza dell'eziologia e dei determinanti della cardiopatia ischemica e dell'ictus ha ricevuto una grande spinta negli ultimi 50 anni.**

**Diversi studi controllati hanno dimostrato l'importanza del controllo lipidico nella riduzione degli episodi infartuali in prevenzione primaria e delle recidive in prevenzione secondaria, ed hanno confermato il ruolo di alcuni consolidati interventi antiipertensivi nella prevenzione degli eventi cerebrovascolari ed, in misura minore, coronarici.**

**La identificazione dei fattori di rischio, la definizione del loro potere predittivo e la dimostrazione dell'ipotesi della reversibilità del rischio hanno permesso di definire gli elementi chiave di un corretto stile di vita per la prevenzione degli eventi vascolari aterosclerotici (sana alimentazione, lotta al fumo di sigaretta, attività fisica) aprendo la porta a diverse strategie di prevenzione primaria e secondaria, basate su:**

- Interventi di popolazione allo scopo di prevenire l'insorgenza dei fattori di rischio nei bambini e nei giovani adulti e di modificare in modo sistematico i livelli dei fattori di rischio nella popolazione;
- interventi individuali al fine di intervenire drasticamente sui livelli dei fattori di rischio in soggetti a rischio elevato.

2. *Presenza di ritardi evitabili e di trattamenti non appropriati e disomogenei nella gestione delle cardiopatie ischemiche e dello scompenso cardiaco.*

La cardiopatia ischemica rappresenta il problema di salute quantitativamente più rilevante, nonostante ci sia stato un declino significativo della mortalità a partire dal 1970. Secondo le stime

derivate dal Progetto MONICA (Monitoring of cardiovascular diseases), lanciato dall'OMS, per le aree italiane coinvolte (Monza, Brianza, Friuli e Latina) ogni anno nel nostro Paese 160.000 persone sono colpite da attacco cardiaco/infarto miocardico, con una stima di circa 2.300 eventi in Umbria. Di questi 1 su 4 non sopravvive, e in più della metà dei casi la morte sopraggiunge prima dell'arrivo in ospedale, in circa il 50% dei casi come morte improvvisa (entro un ora) o addirittura istantanea.

Su un altro versante bisogna fornire ulteriori supporti ai pazienti con scompenso cardiaco cronico, al fine di favorire la stabilizzazione delle condizioni cliniche e contrastarne l'aggravamento.

Vanno quindi superate alcune disfunzioni che comportano ritardi negli interventi nella fase acuta e difformità di approcci e trattamenti per le cardiopatie ischemiche a livello ospedaliero e supportare la gestione dei pazienti con scompenso cardiaco a livello di territorio da parte dei medici di medicina generale in modo da garantire a tutti i pazienti una alta qualità dell'assistenza.

### *3. Presenza nei casi di ictus di ritardi evitabili e di trattamenti non appropriati e disomogenei.*

L'ictus è la più frequente patologia neurologica causa di ricovero e consuma il 4-6% della spesa sanitaria. Nei paesi occidentali l'ictus è la prima causa di disabilità e la seconda causa di morte. La media annuale degli eventi cerebrovascolari maggiori monitorati dal suddetto progetto MONICA standardizzati per età (25-74 anni) è risultata pari a 235 per 100.000 negli uomini e 166 nelle donne. Per quanto riguarda la letalità, circa il 20% dei pazienti decede nel primo mese successivo all'evento.

Dai dati disponibili (studio SEPIVAC, proiezioni di incidenza e prognosi, review degli studi community based italiani) l'incidenza attesa dello stroke (primo Ictus, TIA incidente e recidivo) in Umbria si attesta intorno al valore del 2.5/1000 per anno con circa 2077 eventi stimati all'anno, di cui circa 1500-1600 (stimando in almeno il 25% la somma dei decessi immediati e dei casi di TIA che possono essere trattati in regime di day-hospital) rappresenta la media dei casi che nel triennio di vigenza del piano impegnano annualmente le strutture di degenza.

E' indispensabile puntare sulla definizione e condivisione di percorsi preventivi, diagnostici, terapeutici e riabilitativi fondati sulla Evidence Based Medicine, uniformandoli per tutti i pazienti che afferiscono alle strutture della Regione, riducendo nel contempo il ritardo evitabile alle cure, quest'ultimo presupposto base per il corretto trattamento del paziente.

### *4. Presenza di ritardi evitabili e di trattamenti non appropriati e disomogenei nella gestione delle stenosi carotidee, aneurismi dell'aorta addominale e delle arteriopatie periferiche.*

Dai dati disponibili (studio NASCET) l'intervento di endoarterectomia carotidea (EAC) permette una riduzione del rischio di stroke a due anni pari al 17% nei pazienti con stenosi carotidea severa sintomatica ed al 7% in quelli con stenosi moderata sintomatica. Sulla stima di incidenza dello stroke in Umbria sopraformulata, la metà dei quali causati da stenosi carotidea, è possibile prevedere con l'endoarterectomia carotidea una riduzione di 143-353 nuovi stroke ogni due anni (72-146 eventi all'anno). E' stimabile poter ottenere questa riduzione con un minimo di 870 ed un massimo di 4.942 interventi di EAC in due anni (Number Need to Treat, NNT a due anni = 6 e 14). Lo screening ecografico dell'aorta addominale su popolazione anziana ed il successivo trattamento chirurgico precoce può ridurre del 55% il rischio di rottura dell'aneurisma dell'aorta addominale. Sui dati di una prevalenza in Umbria di 6.500 – 11.000 casi di aneurisma dell'aorta addominale è possibile prevedere con il trattamento chirurgico una riduzione di 3.575 – 6.050 casi di rottura e quindi una riduzione di 3.217 – 5.445 morti (il 90% dei pazienti con aneurisma rotto muoiono).

In base ad una prevalenza stimata in Umbria di circa 1.200 – 2.400 pazienti con ischemia critica (il 30% dei 4.000 – 8.000 casi di vasculopatia periferica totali) si prevedono 660 – 1.320 interventi di amputazione (il 55% dei casi se non trattati). Con la rivascolarizzazione è stimabile una riduzione del 15 – 32% pari a 92 – 422 casi di amputazione previsti.

## **C) OBIETTIVI DI SALUTE**

### **C.1) Acquisire i guadagni di salute consentiti da interventi di prevenzione primaria e secondaria dei fattori di rischio noti, modificabili e ad impatto sanitario provato.**

- Tutti quelli riportati sul PSR;
- ridurre l'incidenza di malattie ischemiche del cuore nella popolazione sotto i 65 anni di almeno il 40% per l'anno 2005;
- ridurre l'incidenza dell'ictus nella popolazione sotto i 65 anni di almeno il 40% per l'anno 2005.

### **C.2) Ridurre i ritardi evitabili ed i trattamenti non appropriati nella gestione delle cardiopatie ischemiche e dello scompenso cardiaco.**

- Ridurre la mortalità per malattie ischemiche del cuore per la popolazione di età 65-74, di almeno il 30% per l'anno 2005;
- ridurre la letalità per infarto miocardico acuto di almeno il 10% entro l'anno 2005;
- migliorare la qualità della vita del paziente affetto da patologie cardiovascolari.

### **C.3) Ridurre la disabilità evitabile ed i trattamenti non appropriati nei casi di ictus.**

- Ridurre la mortalità per ictus per la popolazione di età 65-74, di almeno il 40% per l'anno 2005;
- ridurre la disabilità nel rientro a domicilio di almeno il 5% entro il 2005 nei pazienti di tutte le età;
- migliorare la qualità della vita del paziente affetto da patologie cerebrovascolari.

## **D) ASSETTI ORGANIZZATIVI GENERALI**

Fatte salve le ulteriori modifiche della normativa regionale conseguenti al varo della legge 229/99, si forniscono alle aziende sanitarie i seguenti riferimenti organizzativi generali, al fine di garantire, ai cittadini umbri, uniformità e qualità degli interventi per la lotta alle cardio e cerebro vasculopatie.

### **D.1) Prevenzione primaria e secondaria delle cardio e cerebro vasculopatie.**

Il Piano Sanitario Nazionale 1998/2000 ha messo in rilievo l'importanza della prevenzione primaria legata agli stili di vita per il controllo della salute della popolazione, ponendo una serie di obiettivi che sono stati recepiti anche dalla nostra Regione e che sono perseguibili solo con interventi di gestione integrata tra i vari settori e livelli delle istituzioni, con gli operatori sanitari, i cittadini e le organizzazioni sociali del territorio, impegnando la collettività in un patto di solidarietà per la salute.

I risultati di salute non dipendono infatti solo dalla qualità tecnica delle prestazioni, ma trovano radici più profonde nella responsabilizzazione dei soggetti coinvolti e nella loro capacità di collaborare.

Dal punto di vista epidemiologico le patologie qui considerate impongono interventi di prevenzione sia primaria, rivolta ad impedire l'insorgenza di nuovi eventi patologici, sia secondaria, rivolta a diagnosticare precocemente nell'individuo o in gruppi di popolazione i segni premonitori o di individuare un problema di salute nell'intento di arrestare o ritardare la comparsa dell'evento



patologico. Per le malattie cardiovascolari, numerosi studi confermano il ruolo causale di diversi fattori di rischio: da qui la necessità di promuovere azioni di prevenzione.

#### *D.1.1) La prevenzione primaria*

La prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari svolge un ruolo decisivo nella riduzione e nel controllo dei fattori di rischio correlati con lo stile di vita delle popolazioni e dei soggetti portatori di elevati livelli di rischio per malattie cardiovascolari ed incide in maniera significativa sulla riduzione della morbilità e sulla mortalità.

Gli interventi di educazione sanitaria a livello collettivo rivolti alla popolazione generale, alla scuola, alla famiglia, oltre che agli operatori del mondo economico-produttivo e dell'associazionismo cointeressati, devono essere volti ad evitare l'assunzione dei seguenti comportamenti a rischio: diete aterogene, tabagismo ed inattività fisica, ed eventualmente alla correzione degli stessi come sotto specificato.

Per quanto riguarda la riduzione del danno di specifici aspetti si rimanda all'atto programmatico "Riduzione del danno da dipendenze" allegato al PSR 1999-2001.

- Alimentazione

**Obiettivi:**

- Ridurre l'energia derivante dai grassi ad una quota (dell'apporto calorico quotidiano) compresa tra il 15 e il 30%.
- Ridurre la quota di energia (dell'apporto calorico quotidiano) derivante dai grassi saturi ad almeno il 10%.
- Aumentare l'energia derivante dai carboidrati ad una quota (dell'apporto calorico quotidiano) compresa tra il 55% e il 75%.
- Ridurre la quota di energia (dell'apporto calorico quotidiano) derivante dallo zucchero ad almeno il 10%.
- Ridurre la quantità quotidiana di sale da cucina consumato ad almeno 6 grammi.
- Ridurre la prevalenza di individui obesi del 25% per gli uomini e del 30% per le donne.

**Azioni:**

*I produttori, gli addetti alle manipolazioni e i venditori:*  
Aumentano la varietà e la disponibilità sul mercato di cibi a più basso contenuto di acidi grassi saturi, grassi totali e sodio rispetto a quelli correnti  
Offrono approvvigionamenti adeguati e facilmente accessibili di prodotti ricchi di amido e di fibre.  
Sviluppano convincenti azioni di marketing per favorire la scelta di cibi sani.

*Le catene di distribuzione alimentare e le mense:*  
Offrono menù che rendono capaci e/o incoraggiano la gente a scegliere diete sane.  
Identificano modelli per una sana distribuzione alimentare e li diffondono nelle catene di distribuzione.  
Assicurano una adeguata educazione e formazione nutrizionale del personale

*Le USL:*  
Assicurano una adeguata educazione e formazione nutrizionale di tutto il personale deputato ad attività alimentare  
Assicurano consulenze nutrizionali di alto profilo nel settore dell'educazione alla salute  
Sfruttano al meglio tutte le opportunità per educare la gente ad una sana alimentazione

Coinvolgono tutti gli operatori che intervengono nel campo degli alimenti sulla base di programmi integrati.

- Fumo

**Obiettivi:** Ridurre, entro l'anno 2005, del 50% il numero dei fumatori maschi di età superiore a 14 anni e del 20% il numero delle fumatrici, sempre per la stessa età.  
Ridurre il consumo di sigarette di almeno il 40% per l'anno 2005.  
Almeno il 33% delle donne fumatrici deve smettere di fumare all'inizio della loro gravidanza per l'anno 2001.

**Azioni:** Counselling per disassuefazione al fumo rivolto dai medici di base ai propri assistiti fumatori.  
Counselling per disassuefazione al fumo rivolto dai medici ospedalieri ai fumatori con approcci differenziati nelle corsie e negli ambulatori.  
Corsi di gruppo per smettere di fumare organizzati per la popolazione sul livello distrettuale.  
Interventi di sensibilizzazione degli operatori socio-sanitari sul ruolo esemplare del personale e dei servizi nei confronti del fumo.  
Corsi di gruppo per smettere di fumare destinato ad operatori sanitari.  
Connotazione dei servizi socio-sanitari come "spazi senza fumo".

- Attività fisica

**Obiettivi:** Aumentare del 50% la prevalenza di individui che praticano regolarmente attività fisica sportiva nel tempo libero.  
Aumentare di almeno il 50% la prevalenza di anziani che praticano regolarmente attività fisico-sportiva nel tempo libero.

**Azioni:** *I Comuni:*  
Creano maggiori opportunità di svolgere attività fisica attraverso la predisposizione di spazi adeguatamente attrezzati.  
Attivano corsi dedicati a favorire l'attività fisica di specifici gruppi di popolazione.  
*La scuola:*  
Promuove la consapevolezza dell'importanza della corretta attività fisica e sportiva in collaborazione con gli Enti Locali.

#### *D.1.2) La prevenzione secondaria*

Le strategie di prevenzione secondaria sono rivolte alla gestione di pazienti a rischio in quanto affetti da condizioni patologiche di base note che prefigurano un rischio noto ed evitabile di evoluzione in patologia cardio e cerebro vascolare o per pazienti già colpiti da patologia cardio e cerebro vascolari, attraverso specifici interventi volti alla acquisizione di stili di vita corretti e alla correzione di fattori di rischio cardio e cerebro vascolari.

Nell'azione preventiva individuale vanno riconosciute le seguenti priorità:

- soggetti con cardiopatia ischemica clinicamente manifesta o altre malattie vascolari aterosclerotiche;
- soggetti asintomatici a rischio elevato (ipertesi, pz con ipercolesterolemia grave o altre forme di dislipidemia, diabetici, soggetti con più di un fattore di rischio);
- soggetti con fibrillazione atriale.

### *D.1.3.) I soggetti coinvolti nella prevenzione*

- La Regione è chiamata a:
  - attuare l'azione programmata per l'obiettivo I del PSR sugli stili di vita anche tramite interventi intersettoriali;
  - potenziare, attraverso interventi mirati di formazione, il ruolo preventivo di medici di medicina generale, di pediatri di libera scelta e di medici dei Distretti;
  - attivare ricerca finalizzata anche sui temi della prevenzione delle malattie cardio e cerebrovascolari;
  - informare ed educare la popolazione sulla prevenzione dei fattori di rischio delle malattie cardio e cerebrovascolari, anche con la collaborazione dell'Agenzia SEDES;
  - orientare le strategie produttive del mondo economico agli obiettivi di prevenzione del PSR.
  
- Le Aziende Ospedaliere sono chiamate a:
  - assicurare la partecipazione degli specialisti competenti in materia a programmi condivisi di prevenzione, concordati con le Aziende territoriali;
  - assicurare l'informazione dei soggetti a rischio;
  - realizzare ambienti ospedalieri senza fumo;
  - garantire adeguato supporto alle rilevazioni epidemiologiche attivate a livello regionale.
  
- Le Aziende USL:
  - inserire l'azione programmata rivolta alla prevenzione delle malattie cardio e cerebrovascolari nella programmazione attuativa locale e controllarne l'applicazione, in collaborazione con le figure professionali coinvolte;
  - garantire la partecipazione dei presidi ospedalieri alle attività previste nel presente progetto;
  - coinvolgere le Associazioni di volontariato nelle attività di prevenzione collettiva, sulla base di programmi e convenzioni, chiamandoli ad una collaborazione con i distretti;
  - valorizzare il ruolo ed i compiti dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti nelle attività di prevenzione primaria e secondaria;
  - destinare adeguati investimenti per la informazione e l'educazione alla salute della popolazione e per la formazione degli operatori sanitari coinvolti sui programmi di prevenzione primaria e secondaria;
  - supportare adeguatamente le attività epidemiologiche di livello regionale.
  
- I Distretti Sanitari sono chiamati a:
  - assicurare il coordinamento delle attività di prevenzione e di integrazione dei livelli di base;
  - promuovere la continuità assistenziale tra i diversi livelli, razionalizzando il ricorso all'ospedalizzazione in collaborazione con medici di medicina generale e specialisti;
  - partecipare alla stesura e realizzazione dei programmi di educazione sanitaria rivolti a modificare lo stile di vita di pazienti a rischio e dei familiari in collaborazione con i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli specialisti;
  - collaborare alle attività epidemiologiche di livello regionale.
  
- I Dipartimenti di prevenzione sono chiamati a:
  - attivare e sviluppare le attività di competenza, con particolare riferimento a quelle del Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione, per la riduzione dei rischi connessi con le attività di ristorazione collettiva ed a quelle dei Servizi Veterinari per la riduzione dei rischi derivanti dagli alimenti di origine animale.

- I medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali sono chiamati a:
  - impegnarsi nella prevenzione primaria e secondaria, educando e correggendo comportamenti scorretti della popolazione a rischio, in base a interventi personalizzati, e della popolazione generale in base ai programmi di promozione della salute;
  - partecipare all'azione educativa promossa a livello locale dal distretto sanitario;
  - collaborare con il distretto nella definizione e realizzazione dei programmi di prevenzione rivolti a sottogruppi di popolazione (fumatori, ipertesi, dislipidemici, obesi e loro familiari).
  
- Le associazioni di volontariato:
  - supportare, nell'ambito di programmi e convenzioni, le attività di prevenzione sanitaria collettiva della Azienda Sanitaria Locale e delle Aziende Ospedaliere.
  
- Il mondo economico produttivo:
  - orientare le strategie produttive al raggiungimento degli obiettivi di prevenzione del PSR.

## **D.2) I servizi di medicina generale e le integrazioni tra livelli assistenziali**

Un progetto di salute per essere tale deve attraversare tutti i servizi coinvolti e se necessario uscire anche dall'ambito aziendale. In concreto è importante coinvolgere e prevedere ruoli e compiti specifici per i servizi di educazione sanitaria, dipartimenti di prevenzione, medici di medicina generale, ambulatori e reparti, servizi di riabilitazione, coordinati al fine di raggiungere i target. E' importante inoltre usare tutti gli strumenti contrattuali possibili (definizione del budget nella contrattazione annuale, coinvolgimento dei medici di base in fase di convenzione ecc.).

Questa integrazione va intesa come la ripartizione delle varie attività secondo la loro complessità tra l'ASL e l'Azienda Ospedaliera.

Realizzare questo tipo di integrazione significa garantire la continuità assistenziale e la gestione multidisciplinare dei pazienti cardio e cerebro vascolari, attivare un coordinamento transmurale per la diagnosi, il trattamento ed il follow-up dei fattori di rischio, adottare protocolli di prevenzione oltre che diagnostici-terapeutici-riabilitativi concordati anche e soprattutto con i medici di medicina generale (che devono rimanere i principali gestori della salute dei propri assistiti), i servizi di base e i servizi specialistici intra ed extra ospedalieri.

E' essenziale a tale proposito una integrazione effettiva tra Medico di Medicina Generale, Medico Specialista e Distretto; ciò può essere realizzato mediante la comunicazione e la condivisione di linee guida, per evitare la continua sovrapposizione tra i servizi dei diversi livelli, con la possibilità di rapido utilizzo di servizi, consulenze a domicilio degli Specialisti e dei terapisti della riabilitazione, formazione specifica e adeguamento numerico degli infermieri professionali del Distretto.

In questa logica va anche attuata completamente e potenziata la rete di pronto intervento per le emergenze, con azioni formative e di aggiornamento per il riconoscimento dei segnali di allarme dell'attacco cardiaco e dello stroke e degli approcci in attesa del primo intervento, nonché l'ottimizzazione del trasporto e dell'accesso in ospedale.

## **D.3) Assistenza specialistica, ospedaliera e riabilitativa delle cardio vasculopatie**

### *D.3.1) Area Vasta*

La cardiologia regionale va riorganizzata in un livello funzionale unico regionale, che comprenda tutte le 4 Aziende Sanitarie territoriali umbre e le 2 Aziende Ospedaliere, con i servizi cardiologici ad esse afferenti. L'Area Vasta diviene così, di fatto, un'area di riferimento per le Aziende che concertano la promozione di iniziative comuni e integrate, nell'intento di evitare duplicazioni di

servizi, contenendo nel frattempo la spesa, ed offrendo ai cittadini servizi omogenei di I, II e III livello. L'Area Vasta si occuperà quindi di stabilire un coordinamento forte per garantire un percorso comune, condiviso da tutti gli operatori, e uniforme per il cittadino, che lo accompagni prima con attività concrete di prevenzione e poi, durante la malattia, con attività diagnostiche, trattamenti medici, chirurgici e riabilitativi, assicurando anche un efficace follow-up.

Fanno capo a questa area quindi tutte le attività a tutti i livelli, da quelli di base a quelli specialistici e di alta tecnologia.

#### *D.3.2) Servizi specialistici*

##### **Cardiochirurgia**

L'inizio dell'attività cardiocirurgica nell'Azienda Ospedaliera di Perugia ha permesso di dare risposta (anche se ancora parziale) alle esigenze dei pazienti umbri e non che necessitano di correzione di cardiopatie anche in condizioni di emergenza. Ha permesso inoltre di espandere il campo della cardiologia tradizionale (con possibilità di impiego della contropulsazione aortica e dell'assistenza ventricolare agli infarti più gravi) e della chirurgia generale in interventi particolarmente impegnativi, a testimonianza di quella integrazione e collaborazione interaziendale e interdipartimentale che va senz'altro implementata.

Con le attuali forze e risorse la cardiocirurgia umbra riesce a far fronte solo al 60% delle esigenze: il traguardo da raggiungere è quello di poter soddisfare tutte le esigenze della regione.

In questa prospettiva è prevista entro la seconda metà del 2000, l'attivazione di una seconda sala operatoria presso l'Azienda ospedaliera di PG.

Nell'attesa è necessario dare una risposta ordinata alle richieste di assistenza nel campo della cardiocirurgia da parte di cittadini umbri, prevedendo:

- chiare definizioni dei criteri di selezione dei pazienti sottoposti ad intervento in Umbria;
- percorsi facilitati e convenzioni con i migliori centri cardiocirurgici nazionali, che garantiscano qualità di trattamento, stretta collaborazione con il centro di Perugia, possibilità eventuale di accesso della équipe perugina nella struttura per effettuare in collaborazione l'intervento.

Ciò al fine di offrire al cittadino umbro, indipendentemente dalla sede in cui avverrà l'intervento, un ambiente professionale di alta qualità ed una completa integrazione anche per le fasi ed i controlli successivi all'intervento stesso.

Questo limitatamente al tempo necessario alla realizzazione della nuova sala.

In previsione anche di un aumento dell'attività cardiocirurgica di sala operatoria è necessario altresì prevedere l'adeguamento organizzativo e strumentale della terapia intensiva post-chirurgica (TIPOC), essenziale per il monitoraggio e la gestione del paziente nelle 24-48 ore successive all'intervento, e della terapia semiintensiva.

##### **Attività di emodinamica diagnostica e interventistica**

Nell'occlusione coronarica è stato ampiamente dimostrato e confermato il significato prognostico positivo della ricanalizzazione coronarica precoce.

Questo risultato può essere conseguito farmacologicamente o meccanicamente, mediante angioplastica (PTCA) o by pass aorto coronarico.

La somministrazione di una idonea e tempestiva terapia trombolitica per l'IMA in strutture appropriate UTIC dotate di un team dedicato ha dimostrato la sua massima efficacia nel ridurre la mortalità e la morbilità se praticata entro le primissime ore dall'inizio dei sintomi. Attualmente secondo i dati dello studio GISSI Ritardo Evitabile, solo il 43% dei pazienti giunge alle cure in UTIC entro le prime 2 ore, ed un altro 29% tra le 2-6 ore.

Il trattamento farmacologico tempestivo oggi non è il solo in grado di risolvere le maggiori complicanze in caso di infarto miocardico acuto. In centri con esperienza di angioplastica coronarica percutanea (PTCA) e con la possibilità di poter applicare velocemente la procedura con uno staff addestrato disponibile 24 ore su 24, la procedura dell'angioplastica primaria, come prima scelta per il trattamento dell'infarto miocardico acuto, offre vantaggi non trascurabili soprattutto in particolari situazioni (controindicazioni alla fibrinolisi, infarto miocardico con segni di insufficienza Ventricolare Sinistra, infarto esteso).

a) La collocazione ideale di un laboratorio di emodinamica diagnostica è in una struttura cardiologica dipartimentale, dotata di Unità Coronarica e di tutta la diagnostica strumentale incruenta.

Le attività di emodinamica diagnostica, che non prevedono, di fatto, lo standby cardiocirurgico effettivo, potrebbero nel corso del triennio e previo adeguata formazione del personale (secondo i criteri di accreditamento professionale previsti dalla linee guida delle società scientifiche), nonché adeguata dotazione di strutture e strumentazioni, essere effettuate oltre che nell'Azienda Ospedaliera di Perugia, dove l'attività deve essere sicuramente implementata, anche nell'Az. Op. di TR e nelle ASL 1 e 3, dove si svolge attraverso convenzioni con le Aziende ospedaliere. In questa logica le UTIC dovrebbero rivedere le proprie modalità di funzionamento e organizzazione, tenendo conto anche del carico assistenziale e delle attività che dovrebbero offrire ai pazienti che subiscono trattamenti di emodinamica diagnostica.

b) Per quanto riguarda invece specificamente la emodinamica interventistica, intesa sia come valvuloplastica che soprattutto angioplastica coronarica, essa viene svolta su due poli territoriali, prevedendo nel triennio l'ulteriore messa a regime delle attività nella AO di PG e la sua attivazione nella AO di TR.

### **Trattamento delle aritmie**

Le tecniche per il trattamento delle aritmie appartengono alla storia recente della medicina e la loro straordinaria evoluzione è stata contrassegnata dal rapidissimo sviluppo tecnologico. Le intuizioni e le scoperte nel campo della elettrofisiologia cardiaca hanno costituito il razionale della terapia con i pacemaker, i defibrillatori, e l'ablazione. Allo stato attuale l'elettrofisiologia e la elettrostimolazione cardiaca rappresentano nel loro insieme un aspetto importante della cardiologia interventistica costituita dalla aritmologia interventistica. Il fabbisogno medio/anno di tale metodiche, di alta specialità, è in netta ascesa. Inoltre bisogna pensare che oltre il 18% delle procedure di aritmologia interventistica rappresentano urgenze cardiologiche.

Nella nostra realtà regionale l'attività di alta specialità è prevista presso le Aziende ospedaliere, previo accordi organizzativi tra le parti in modo da individuare il popolo ternano come riferimento per le attività di ablazione.

Può essere prevista l'ubicazione di strutture per l'esecuzione di test invasivi di aritmologia clinica e impianto di pacemaker temporanei e definitivi in presidi della rete dell'emergenza con un servizio di Cardiologia con annessa una sala sterile di elettrofisiologia, purché dotati di pronta disponibilità anestesiologicala oltreché di attrezzature adeguate secondo gli standard previsti.

### **Chirurgia vascolare**

Nel campo delle vasculopatie extracoronariche, si segnala che gli aneurismi aortici hanno una prevalenza tra il 3 ed il 5 % nella popolazione sopra i 60 anni e che l'evoluzione spontanea è la rottura, che porta a morte nel 90% dei casi e che il 30% circa delle vasculopatie degli arti inferiori evolvono in ischemia critica ed il 55 va incontro ad amputazione, con notevoli costi sociali e di riabilitazione.

La chirurgia vascolare prevede oggi due livelli di intervento:

- endoluminale, effettuato in sinergia con altri specialisti;

- in chirurgia aperta, con livelli di complessità media, medioalta e alta; quest' ultima è ormai configurata in tutti gli ospedali di rilievo nazionale come unità del dipartimento cardiovascolare.

La riorganizzazione dell'attività specialistica deve prevedere due livelli:

- centralizzato
  1. per attività di alta specialità come Unità Dipartimentale Cardiaca e Vascolare: data la sovrapposizione delle due patologie, tale organizzazione consente una maggiore qualità di cura per entrambe le specialità;
  2. per attività endoluminale ad alta complessità, con sale operatorie appositamente attrezzate.
- in rete, individuando quei centri regionali nei quali, sotto il coordinamento del Centro perugino, si possa svolgere la parte di attività a complessità compatibile con la struttura, sviluppando ed utilizzando professionalità locali, così da decongestionare il centro perugino, il quale potrà più utilmente dedicarsi ad incrementare l' attività di alta specializzazione, per la quale -stanti le lunghe liste di attesa- si registrano fenomeni di mobilità passiva.

### *D.3.3) Riabilitazione cardiologica*

La riabilitazione cardiologica mediante un globale approccio diagnostico, valutativo e di trattamento, ritarda la progressione della malattia, riduce la mortalità, morbilità e frequenza di riospedalizzazioni, previene il deterioramento clinico e la progressione delle disabilità conseguenti alla malattia, migliora allo stesso tempo sensibilmente la qualità di vita dei pazienti cardiopatici ed i costi sociali della malattia. La riabilitazione cardiologica deve quindi essere considerata come una fase assistenziale integrata nel trattamento globale del paziente cardiopatico sia in fase acuta e post-acuta che in fase cronica per garantire le migliori condizioni fisiche, psicologiche e sociali in modo che tali pazienti possano conservare o riprendere il proprio ruolo nella società. I servizi di riabilitazione cardiologica fanno quindi a pieno titolo parte della organizzazione dell'assistenza cardiologica e devono essere diffusi in maniera adeguata nell'assetto organizzativo dell'Area Vasta. La riabilitazione cardiologica si articola in distinte attività territoriali e ospedaliere, organizzando le strutture secondo gli standard acquisiti a livello nazionale.

I modelli organizzativi (strutture, interventi e organizzazione) prevedono diverse tipologie di svolgimento della riabilitazione cardiologica in base al livello di rischio dei pazienti e alla complessità, intensità e durata del trattamento riabilitativo; deve essere previsto un modello che permetta la completa integrazione Ospedale-Territorio, secondo distinti ed integrati momenti di presa in carico.

Durante la fase intensiva e intermedia di riabilitazione, in fase acuta e post-acuta (infarto miocardico, chirurgia cardiaca, scompenso cardiaco cronico e trapianto), il paziente verrà adeguatamente assistito per il controllo delle complicanze e delle emergenze e sarà inquadrato dal punto di vista del rischio di ulteriori eventi cardiovascolari, di progressione della malattia e di qualità della vita, sarà stabilizzata la terapia medica e impostato il successivo intervento riabilitativo necessario da erogare in regime prevalentemente ambulatoriale.

### **D.4) Assistenza specialistica, ospedaliera e riabilitativa delle cerebro vasculopatie**

L'organizzazione dell'assistenza sanitaria ai cittadini colpiti da ictus deve oggi tenere conto:

- delle evidenze di efficacia relative alla assistenza erogata nelle stroke unit o in strutture/servizi equipollenti per intensità ed approccio assistenziale;
- dell'alto costo di attivazione di queste strutture, derivante in primo luogo dalla intensità assistenziale che le caratterizza (soprattutto in termini di personale infermieristico e riabilitativo con formazione specifica);
- delle non estendibilità a tutti i cittadini umbri affetti da ictus, nel periodo di vigenza del piano e alla luce della incidenza stimata nel paragrafo B.3, della assistenza in stroke unit.

Questo insieme di opportunità e difficoltà pratiche sono state riconosciute dalle principali società scientifiche italiane che si interessano di patologie cardiovascolari, che nel formulare le loro raccomandazioni, hanno indicato il *"ricovero immediato, possibilmente in stroke unit o in un ospedale con team dedicato, dotato di TAC e collegato alla riabilitazione, in quanto esso produce una diminuzione della mortalità (un decesso in meno ogni 25 pazienti trattati rispetto a servizi di cure non specialistiche) e della disabilità (rientro a domicilio in condizioni di autonomia di un caso in più ogni 20 trattati)"*.

In questa direzione si sono attivate, con comune intento anche se con accezioni non sempre collimanti:

- l'azienda ospedaliera di Perugia (che ha recentemente deliberato l'attivazione di una stroke unit);
- l'azienda ospedaliera di Terni (che con il Dipartimento di Neuroscienze e Neuroriabilitazione ha optato per un modello assistenziale basato su una terapia intensiva dipartimentale, in modo da rispondere a tutte le esigenze di patologie critiche sia neurochirurgiche che neurologiche e neuroriabilitative, attraverso risorse all'uopo dedicate del Servizio di Riabilitazione);
- l'ASL n. 2 di Perugia (che ha attivato uno stroke service con funzione di team itinerante per gli ospedali di zona e sta attivando un servizio di riabilitazione dedicato).

Sulla scorta di quanto precede si forniscono pertanto alle aziende sanitarie ed ospedaliere i seguenti indirizzi:

- a) va perseguito il potenziamento delle strutture esistenti dedicate all'ictus, nonché la loro ottimale utilizzazione, in quanto elemento irrinunciabile e prioritario ai fini di una razionalizzazione delle risorse regionali e il raggiungimento degli obiettivi di salute stabiliti nel PSR.

A tale scopo vanno definiti protocolli di intesa interaziendali, sia tra le Aziende territoriali e ospedaliere che tra le due Aziende Ospedaliere, nella logica di raggiungere la indispensabile integrazione tra i vari servizi, tra le varie professionalità e competenza, razionalizzando l'offerta.

- b) vanno garantiti percorsi uniformi e di qualità per l'accesso alle prestazioni efficaci considerando oltre al "durante" (ricovero), il "prima" (prevenzione primaria e secondaria) ed il "dopo" (dimissione, assistenza, riabilitazione).

Si configura cioè un problema di percorso del paziente, che oggi trova risposte spesso diverse da zona a zona, sia nella fase acuta che in quella post-acuta, talora confuse, con notevoli incertezze procedurali, e conseguenti difficoltà aggiuntive per il paziente stesso e la famiglia.

Il previsto sviluppo dei servizi deve avvenire parallelamente alla definizione ed applicazione dei criteri che guidano l'assegnazione dei pazienti ai diversi livelli assistenziali.

E' necessario stabilire criteri supportati da evidenza, condivisi da tutti gli operatori e da tutti i servizi, per valutare le condizioni dei pazienti e decidere quali potranno rapidamente tornare al proprio domicilio, proseguendo la terapia riabilitativa ed occupazionale nei presidi ambulatoriali e/o al domicilio stesso, quali dovranno invece essere inviati presso una RSA od Ospedale di Comunità, e quali infine dovranno essere trasferiti presso un centro di riabilitazione intensiva. Ovviamente il paziente dimesso rientrerà poi nel percorso di prevenzione terziaria delineata.

Vanno curati protocolli di integrazione anche con il sociale, in particolare con le Unità di Valutazione Multidisciplinare competente per territorio con i Comuni per progetti specifici di integrazione nella comunità soprattutto per i soggetti con grave disabilità residua.

- c) Vanno sostenuti i percorsi verso l'accreditamento strutturale e professionale tanto delle stroke unit che di altre specifiche soluzioni organizzative (terapie intensive dipartimentali, team itineranti, strutture riabilitative dedicate etc) prevedendo - in sede regionale - nel triennio



verifiche, valutazioni di qualità e approfondimenti sulla appropriatezza assistenziale e gestionale raggiunta nelle diverse strutture.

d) Va incrementato il coinvolgimento degli operatori sanitari nelle problematiche poste dalla patologia cerebrovascolare, in vista della attivazione di una rete ospedaliera integrata, anche attraverso l'attivazione di un gruppo di coordinamento formato dal Gruppo di Lavoro previsto al paragrafo F.3) e da rappresentanti di servizi dedicati, distretti sanitari e medici di base.

e) Vanno sviluppati ruoli complementari e sinergie prevedendo:

e.1) per le Aziende Ospedaliere:

- la gestione del paziente acuto compreso quello inviato dalle aree dedicate di USL che presentano specifiche situazioni di elegibilità (es.: condizioni cliniche e/o necessità diagnostico - terapeutiche), e la implementazione delle procedure di alta tecnologia, comprese procedure diagnostiche quali la RM spettroscopia o l'angiografia interventistica. Il tutto attraverso una stretta collaborazione con i servizi che a vari livelli gestiscono il paziente con ictus.

e.2) per le Aziende Sanitarie Locali lo svolgimento di competenze quali:

- attività di prevenzione primaria e secondaria. Vanno considerati sia l'approccio su popolazione, sia l'approccio "sull'alto rischio", per il quale si identifica come primario il problema della profilassi primaria della fibrillazione atriale. Vanno applicate le linee guida esistenti, attraverso una diffusione di conoscenze ed una condivisione di metodologie;
- promozione di interventi educativi alla popolazione per il riconoscimento dei segni di allarme, e interventi di formazione al personale non sanitario (forze di polizia, forze armate, vigili ecc.);
- il trattamento della fase acuta per soggetti che presentano specifiche situazioni di elegibilità con l'attivazione di livelli assistenziali omogenei caratterizzati dalla individuazione di un'area dedicata, con risorse professionali qualificate, integrata funzionalmente ai centri delle Aziende Ospedaliere. Le modalità assistenziali dovranno essere quelle indicate dalle linee guida, e garantire uniformità di procedure diagnostiche e terapeutiche nelle suddette aree.

f) vanno attivate risposte riabilitative integrate che permettano di erogare ai pz. colpiti da ictus prestazioni di:

- riabilitazione in fase acuta (le evidenze indicano che l'inizio più precoce possibile della riabilitazione dell'ictus migliora sia la prognosi fisica che funzionale e che il minor tempo di inizio della mobilizzazione /riabilitazione è il più importante fattore che facilita la dimissione a domicilio);
- riabilitazione intensiva (neuromotoria, cognitiva e occupazionale) da cui traggono beneficio i pazienti con disabilità medio-grave;
- riabilitazione territoriale, con particolare riferimento ai trattamenti a domicilio che evidenziano maggiore efficacia dei trattamenti di supporto "normale".

Le aziende sanitarie individuano le strutture di riferimento per l'accesso a questo tipo di prestazioni ed adeguano la propria attività alle linee guida ministeriali esistenti in materia.

## **E) SISTEMI OPERATIVI PER L'EFFICACIA: LINEE GUIDA**

E' evidente una sostanziale variabilità di comportamento nella pratica clinica nei servizi umbri in relazione alla gestione di condizioni simili, con presenza, in alcuni casi, di inappropriata nelle decisioni diagnostiche e terapeutiche e con importanti implicazioni etiche e di equità per la mancanza di eguaglianza assistenziale.

Da quanto sopra emerge la necessità di uniformare sul territorio regionale le procedure di accesso, i percorsi, le prestazioni preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative. Si tratta in sostanza di condividere le strategie più opportune per garantire uniformità di trattamento, qualità degli interventi ed equità per tutti i cittadini, aprendo spazio all'aggiornamento professionale nonché alla sperimentazione clinica.

Le linee guida in materia sono ormai abbondanti e continuano a proliferare; si tratta ora di programmare un momento di messa in comune, di loro approvazione e di diffusione di tali materiali, prevedendo le modalità per calarli concretamente nella realtà regionale.

Nell'arco del triennio si intende con la creazione ed applicazione di linee guida, protocolli e altre modalità di raccordo interprofessionale, che andranno valutati in termini di risultati ottenuti:

- Ridurre la probabilità che uno stesso paziente possa ricevere trattamenti diversi in funzione non del proprio problema clinico, ma del luogo presso il quale è assistito.
- Escludere dai livelli di assistenza finanziati le prestazioni che non soddisfano il principio di efficacia dimostrata con evidenze scientifiche disponibili.
- Escludere gli interventi che non rispondono al principio dell'efficienza produttiva.
- Escludere gli interventi che non soddisfano i bisogni primari di salute.
- Migliorare l'appropriatezza del livello assistenziale di erogazione degli interventi.

La Regione validerà le Linee guida in base ai seguenti criteri:

- rigorosa documentazione delle evidenze di efficacia;
- bilanciamento delle competenze presenti in sede di elaborazione delle linee guida: essendo noto che le strategie in sanità derivano da pressioni di singoli gruppi di professionisti o di specifiche società professionali, è opportuno che nella stesura delle stesse (o come criterio di verifica in sede di loro recepimento) siano valorizzate maggiormente quelle che derivano da apporti multiprofessionali e che hanno previsto negli staff di lavoro la presenza di epidemiologi, medici di sanità pubblica ed economisti sanitari;
- sostenibilità economica delle proposte: al di fuori di qualsiasi logica incrementale, una buona linea guida, deve indicare oltre alle cose da fare, anche quelle da non fare più, perché obsolete o di dimostrata inefficacia;
- accurata previsione delle modalità di applicazione ed implementazione;
- parallela definizione della base formativa necessaria per la "manutenzione" delle conoscenze e capacità professionali, attraverso opportuni interventi formativi, in modo tale da elevare la preparazione media dei professionisti e metterli nelle condizioni di partecipare attivamente e di poter recepire, in piena consapevolezza le indicazioni proposte dalle linee guida.

## **F) SISTEMI OPERATIVI PER L'APPROPRIATEZZA GESTIONALE**

### **F.1) Attribuzione e gestione delle risorse**

I fondi finalizzati alla realizzazione del presente Atto di indirizzo programmatico, che consistono in circa 700 milioni per ciascuna delle annualità 2000 e 2001, saranno attribuiti alle Aziende USL in sede di riparto dei fondi per il 2000 e per il 2001 in base alla popolazione residente.

La loro utilizzazione dovrà essere finalizzata alla realizzazione:

- delle attività di prevenzione primaria e secondaria;
- delle attività di formazione.

## **F.2) Sistemi di contabilità**

Le aziende sanitarie e l'Assessorato, avvalendosi dei sistemi di contabilità economico patrimoniale ed analitica, determinano i costi attribuibili ai servizi chiamati a realizzare il presente atto di indirizzo, in modo da poter effettuare analisi costi efficacia e costi efficienza e comparazioni tra servizi regionali e/o di altre regioni.

## **F.3) Valutazione di processo e di esito**

L'erogazione dei fondi 2001 sarà subordinata alla verifica della effettiva realizzazione degli interventi previsti, da parte dell'apposito Gruppo di Lavoro (composto da delegati delle Direzioni aziendali) regionale che si occuperà della verifica di processo e di risultato del presente Atto di indirizzo, secondo gli obiettivi prefissati e le scadenze temporali definite.

## **F.4) Accredimento strutturale e professionale e formazione continua**

I criteri dell'accredimento di tutte le strutture e del personale coinvolto a vario livello, sono quelli indicati dalla normativa nazionale, e verranno quindi applicati con le scadenze temporali che questa stabilisce.

La formazione del personale e l'aggiornamento sono indispensabili, come più volte ribadito nel presente documento, e vanno fortemente perseguiti, anche impegnando in tal senso una quota considerevole di finanziamenti.

Soprattutto per quelle specializzazioni che ancora in Umbria non sono a pieno regime, nell'ottica di una loro espansione ed implementazione, è necessario che il personale sia formato adeguatamente secondo criteri e con modalità precise, rispettando standard indicati anche dalle Società scientifiche di riferimento nel campo.

## **F.5) Supporti conoscitivi: epidemiologia, sistema informativo, ricerca**

### *F.5.1) Sorveglianza epidemiologica delle patologie cardio e cerebro vascolari.*

La conoscenza dei dati epidemiologici e della relazione tra fattori di rischio e malattia costituisce un pre-requisito essenziale per realizzare un qualsiasi programma di promozione alla salute e di prevenzione primaria e secondaria e fornire parametri e strumenti rigorosi per una valutazione corretta e scientificamente valida sia di processo sia di risultato dei programmi stessi. E' quindi la base essenziale per la predisposizione di una corretta programmazione sanitaria.

Questo atto risente, di una certa oscillazione delle previsioni dei fabbisogni, cui potrebbe non essere estranea la tendenza a stimare la domanda sulla saturazione dell'offerta, a sua volta ampliata dagli effetti distortivi dei sistemi di pagamento a tariffa.

E' necessario verificare la fattibilità:

- della istituzione di un registro specifico per queste patologie, inteso come una attività, coordinata a livello regionale, che si occupa della rilevazione, archiviazione, elaborazione e valutazione dei dati di incidenza e prevalenza;
- o, in alternativa, della realizzazione di indagini ad hoc, relativamente alle principali patologie vascolari, sia cerebrali che cardiache e/o delle loro complicanze;
- di indagini di farmaco-economia e di farmaco-epidemiologia per verificare l'appropriatezza del ricorso ai farmaci nella nostra regione.

A queste attività va affiancata anche la definizione di flussi informativi nell'ambito del Sistema Informativo sia aziendale che regionale.

Gli obiettivi che si intendono raggiungere sono quelli di:

- Monitorare l'andamento dell'incidenza degli eventi.
- Stimare la prevalenza delle malattie cardio e cerebro vascolari.
- Verificare gli outcome.
- Avere maggiori elementi per una corretta definizione dei livelli appropriati di utilizzazione dei servizi.
- Svolgere indagini di epidemiologia clinica per le principali patologie.

#### *F.5.2) La ricerca*

Anche nel settore delle patologie cardio e cerebro vascolari deve essere forte l'orientamento a coniugare sviluppo della ricerca applicata ed innalzamento dei livelli assistenziali.

E' intenzione della Regione prevedere finanziamenti per la ricerca finalizzata alla programmazione sanitaria, indirizzata nell'anno 2000 sul tema dell'uso appropriato delle principali classi farmacologiche utilizzate nelle cardiovasculopatie, mentre nel 2001 i servizi rivolti alle cardio e cerebrovasculopatie saranno oggetto di valutazione di qualità.

### **G) MANUTENZIONE DEI CLIMI ORGANIZZATIVI E GESTIONE DEI RUOLI ESTERNI**

Tutte le organizzazioni e le figure professionali chiamate a svolgere un ruolo nella Lotta alle malattie cardio e cerebro vascolari devono contribuire a creare un contesto motivazionale e relazionale orientato alla promozione della cultura della responsabilità.

Prescindendo e abolendo logiche personalistiche di lavoro e del perseguimento di obiettivi individuali di qualità di prestazioni, ogni centro e ogni livello deve collaborare a costruire una fattiva integrazione di forze, per la realizzazione di una attività di cardiologia diffusa e uniforme, sia come approccio che come prestazioni, su tutto il territorio regionale.

E' necessario richiamare ancora una volta la necessità che nei curricula formativi dei professionisti sia inserito anche questo metodo di lavoro.

#### **G.1) Clima interno**

Anche all'interno dei singoli reparti o servizi, che non devono più essere intesi come "ambienti lavorativi" a se stanti, ma inseriti nella logica dell'interdisciplinarietà del Dipartimento e della Area Vasta, devono essere perseguite attività di coinvolgimento e partecipazione di singoli e delle loro rappresentanze, in tutte le fasi di programmazione e di gestione del piano di lavoro:

- le diverse componenti professionali, tecniche, amministrative, devono partecipare attivamente e contribuire ai lavori di Consigli di Dipartimento, di riunioni di servizio e quant'altro;
- qualsiasi momento deve essere sfruttato per creare momenti di confronto anche non formali, tra i vari operatori e i vari livelli;
- sistemi di incentivazione e/o premianti possono essere previsti per creare spinte motivanti tra i membri dell'organizzazione.

## **G.2) Ruoli esterni**

Proprio nella creazione dell'area Vasta che deve racchiudere tutte le istituzioni e le professionalità in campo, in una logica intraaziendale, ma ancor più interaziendale, a livello regionale, che comprenda tutte le aree, dalla medicina di base alle alte specializzazioni, è indispensabile gestire i ruoli esterni in modo ottimale. Vanno rispettati ruoli, competenze specifiche, autonomie, ma vanno evitate sovrapposizioni di azioni spesso anche non sinergiche o duplicati, a spese della qualità delle prestazioni offerte.

Importanti sono le collaborazioni con le associazioni di volontariato, con il terzo settore, con Comuni, Provincia, Provveditorati, con rappresentanze degli utenti; tali collaborazioni vanno stimolate e rese fattive, anche mediante accordi e convenzioni.

## **H) CALENDARIO DEGLI IMPEGNI PER IL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PIANO**

1) Entro il primo anno:

- programmazione nelle Aziende Territoriali gli interventi integrati di educazione sanitaria rivolti alla popolazione e ai gruppi a rischio;
- attivazione delle modalità necessarie per la definizione delle linee guida;
- programmazione di convenzioni, in accordo tra Azienda Ospedaliera di Perugia e Regione, con centri di cardiocirurgia nazionali per smaltire le liste di attesa nelle more della attivazione della seconda sala operatoria dedicata;
- implementazione delle attività di emodinamica diagnostica in base a definiti programmi aziendali di accreditamento professionale e puntualizzazione delle attività e funzioni delle UTIC delle Aziende Ospedaliere e della rete dell'emergenza;
- implementazione delle attività aritmologiche a Terni;
- implementazione delle attività di emodinamica interventistica, nella Azienda Ospedaliera di Perugia;
- consolidamento delle attività di consulenza in rete e rafforzamento dell'attività a Terni;
- implementazione delle risorse assegnate alla stroke unit dell'AO di PG, alla terapia Intensiva dipartimentale dell'AO di TR ed ai team dedicati di cui al paragrafo D.4;
- definizione di protocolli comuni condivisi interaziendali per l'accesso ai servizi da parte di pazienti con ictus e messa in rete dei servizi;
- individuare i programmi di formazione per il personale dedicato alle diverse attività, con possibilità di effettuare stage presso centri accreditati, anche esteri, che attestino l'idoneità dell'operatore;
- studio di fattibilità del registro delle cardiopatie.

2) Entro il secondo anno:

- attuazione dei programmi di educazione sanitaria con particolare riguardo alla Scuola e alla Ristorazione collettiva e prime valutazioni;
- messa a regime della attività cardiocirurgica umbra con l'apertura della seconda sala operatoria;
- accreditamento dei servizi specialistici per le cerebrovasculopatie (stroke unit, team dedicati e servizi equipollenti, servizi riabilitativi) e per le cardiovasculopatie (cardiocirurgia, emodinamiche diagnostiche, emodinamiche interventistiche, servizi di aritmologia, servizi riabilitativi);
- implementazione delle attività di emodinamica diagnostica ed interventistica e di trattamento delle aritmie nelle sedi deputate;

- potenziamento delle sale operatorie a Perugia e predisposizione di letti di terapia intensiva post-operatoria;
- Attuazione di un programma di day hospital per le procedure endoluminali a complessità minore e per la chirurgia carotidea;
- prosecuzione delle attività di formazione e aggiornamento degli operatori;
- approvazione ed applicazione delle Linee Guida condivise medici di medicina generale/specialisti.

3) Entro il terzo anno:

- implementazione dei programmi di educazione sanitaria e verifiche dei risultati raggiunti;
- valutazione di qualità dei servizi attivati.

## 5.2.10 PROMOZIONE E TUTELA DELLA SALUTE DENTALE

### A) CORNICE

La carie dentale è ancora la malattia più diffusa nel mondo. In Italia la percentuale della popolazione totale che soffre di problemi di malocclusione di grado medio e di circa del 37%, inoltre circa l'80% della fascia 3<sup>a</sup> età necessita di un intervento stomatologico (protesi). Sempre a livello nazionale ogni anno vengono diagnosticati circa 8.000 casi di tumori alla bocca (di cui 3.000 diagnosticati in fase avanzata) e tra le cause vi rientrano:

1. le ferite provocate da denti non curati, cariati o fratturati;
2. alcune malattie delle gengive;
3. le protesi dentarie imprecise e non controllate
4. le conseguenze di una insufficiente igiene orale.

Una grande novità legislativa, in questo settore, è rappresentata dalla assunzione da parte della L. 229/99 della salute dentale come "livello essenziale di assistenza", che trova un primo riscontro, da parte della Regione dell'Umbria, nell'approvazione del presente atto di indirizzo programmatico generale.

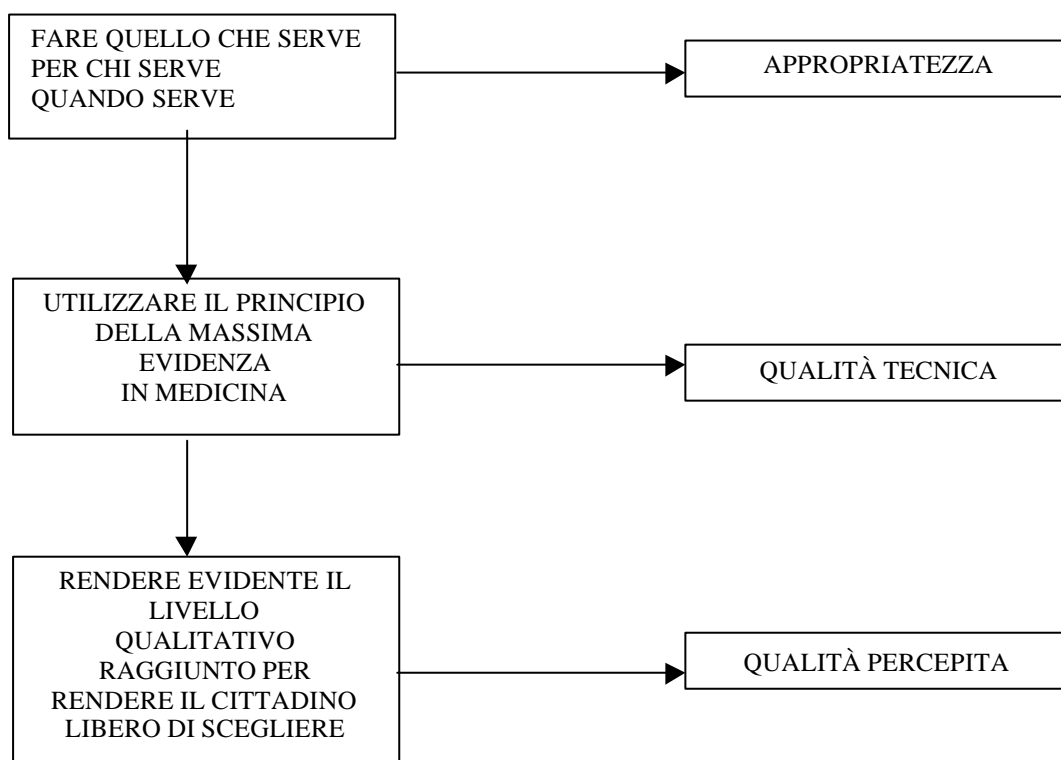
In Umbria, dai dati rilevati tramite griglia di rilevazione inviata alle Aziende Sanitarie locali ed ospedaliere nel mese di aprile 1999, si evince che l'attività dedicata alla odontoiatria e prevenzione della carie dentale è variamente distribuita sul territorio. Vi sono dei punti di erogazione del servizio che funzionano abbastanza bene nonostante la insufficienza di risorse e zone molto carenti. A fronte di pochi medici odontoiatri strutturati, sono invece variamente impiegati i medici convenzionati (SUMAI) che svolgono la loro attività essenzialmente presso gli ambulatori non rientrando peraltro in un preciso progetto o strategie di Azienda. Gli ambulatori sono abbastanza attrezzati mentre il personale paramedico non è né sufficiente né formato (manca totalmente la figura di igienista dentale!).

E' essenziale quindi studiare un percorso graduale di riprogettazione su base regionale utilizzando al meglio le risorse già esistenti e incrementandole laddove sono carenti. Il tutto seguendo un filo conduttore che va dall'obiettivo generale regionale "Promozione e tutela della salute dentale" che si identifica con la "mission" del nostro servizio sanitario pubblico che deve così definire perché e che cosa offre in termini di prestazioni e su quali pazienti (anziani, giovani, soggetti deboli) e obiettivi specifici per ogni Azienda Sanitaria.

Questo percorso graduale di riprogettazione va elaborato ponendo al centro il cittadino con le sue necessita ed aspettative, ma anche dandogli la possibilità di poter valutare la qualità delle prestazioni erogate. Il punto di partenza dunque prevede l'avvio di indagini standardizzate delle malattie orali con approccio sistematico alla raccolta e presentazione dei dati considerandole una base per la pianificazione dei programmi per la salute del cavo orale. Tale indagine permetterebbe la conoscenza delle necessità attuali e le prospettive future, la valutazione delle terapie odontoiatriche necessarie, il monitoraggio dei cambiamenti delle malattie stesse e quindi la valutazione dell'adeguatezza e l'efficienza globale dei servizi forniti, la pianificazione e/o modificazione dei servizi di assistenza e i programmi di addestramento/adeguamento.

Esiste in tal senso una pubblicazione dell'OMS del 1997 (Sede Milano) proprio per rimarcare l'importanza in questo campo dell'epidemiologia e la prevenzione delle malattie del cavo orale.

Migliorare questo servizio che in pratica già esiste significa dunque:



Quindi odontoiatria evidence - based e non opinion based o market based.

Perché la prevalenza della carie sia confrontabile con quella di altre realtà indagate è fondamentale che vengano impiegati gli stessi indici epidemiologici adottati a livello internazionale, in particolare quello più diffusamente utilizzato ossia il DMFT (esprime per ogni campione considerato, il numero medio di denti cariati, persi per carie o otturati).

Indicazioni dell'OMS:

- per quanto attiene alla patologia cariosa, l'OMS, in collaborazione con l'FDI (Federazione Dentale Internazionale) ha proposto gli obiettivi da raggiungere entro l'anno 2000:  
50% dei bambini a 6 anni esenti da carie e una media di non più di 3 denti con esperienza di carie a 12 anni.

Questi dunque sono valori da tenere sempre presenti come riferimento nella conduzione di qualsiasi programma di intervento o di valutazione.

Tutto ciò porta dunque a concentrare l'attenzione nella individuazione delle priorità assistenziali di cui la popolazione afferente ha bisogno (domande e bisogno non sono la stessa cosa), sulla definizione dei ruoli pubblico e privato nell'espletamento dei processi assistenziali, e sulle problematiche da affrontare per rendere omogeneo l'accesso.

## **B) PROBLEMI DI SALUTE**

In riferimento al progetto "Promozione e tutela della salute dentale" è stato redatto dal gruppo regionale un elenco di problemi suddivisi in problemi di salute, organizzativi e di comunità che sono stati già trasmessi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie per la loro validazione. Sono stati individuati, come prioritari per il triennio i seguenti problemi di salute.

**Categorie target:** {  
infanzia  
disabili  
3<sup>a</sup> età

I problemi di salute riguardanti tali categorie sono:

- **prevenzione della carie** (coinvolgimento della medicina scolastica, educazione alimentare e bilanci di salute)
- **malocclusioni**
- **riabilitazione protesica della III età**
- **screening dei soggetti a rischio di tumori del cavo orale** (adulti fumatori, alcoolisti, malati di AIDS)

## **C) OBIETTIVI DI SALUTE**

Dalle problematiche, riferite a gruppi target (infanzia, disabili, 3<sup>a</sup> età) sono stati estrapolati gli obiettivi di salute generali e specifici.

**Obiettivo generale: "Promozione e tutela della salute dentale".**

Gli obiettivi specifici possono essere suddivisi per aree target ovvero:

**Età evolutiva (infanzia):**

- 1 Ridurre l'incidenza della carie e malattie paradontali.
- 2 Individuazione e lotta ai dismorfismi - paramorfismi cranio-facciali.
- 3 Garanzie di accesso all'assistenza sanitaria odontoiatrica di base (equità d'accesso).

Gli obiettivi del progetto consistono nel fare in modo che sull'intero territorio regionale vi sia una bassa prevalenza di carie nei soggetti della fascia di età 0-14 e che venga garantita ad essi, da parte dei servizi territoriali, una risposta adeguata anche ai bisogni di cura odontoiatrica relativamente ad alcune prestazioni base.



Gli indicatori di esito possono essere identificati nei seguenti:

- almeno il 50% dei bambini a 6 anni sia esente da carie;
- all'età di 12 anni il DMFT sia inferiore a 3.

**Adulti e disabili:**

- 1 Ridurre l'incidenza di carie e malattie paradontali.
- 2 Diagnosi delle disfunzioni delle ATM.
- 3 Garanzia di accesso all'assistenza sanitaria odontoiatrica di base.
- 4 Diagnosi e cura della patologia odontoiatrica.

**Terza età:**

- 1 Diagnosi delle disfunzioni delle ATM.
- 2 Garanzia di accesso all'assistenza sanitaria di base.
- 3 Fornitura di protesi gratuite per indigenti e/o calmierare il loro prezzo.

## D) ASSETTI ORGANIZZATIVI GENERALI

Le seguenti indicazioni organizzative sono finalizzate a garantire l'omogeneità delle prestazioni assistenziali nel complesso della Regione e possono subire ulteriori puntualizzazioni in sede di recepimento nella normativa regionale di quanto disposto dalla L.229/99.

### D.1) I livelli

L'assetto organizzativo e funzionale delle Aziende Sanitarie Territoriali e Ospedaliere, prevedono nella Ia fase rispetto a:

- **problematiche attuative:**

#### a) sensibilizzazione e/o disponibilità di

Medici di base

Pediatri

Insegnanti

Famiglia

Operatori Specialisti (disponibilità di un coordinamento)

Assistenza sociale

Amministrazioni comunali

{ per non autosufficienti, portatori di handicap, mezzi di trasporto

Aggiornamento degli operatori

Formazione personale ausiliario

Aumento monte ore disponibile (disponibilità finanziarie)

Incontri nelle scuole

Materiale didattico e illustrativo

Verifiche alimentari (mense scolastiche)

Altro

**b) coinvolgimento di:** Regione - Direzione regionale sanità e servizi sociali  
Aziende  
Università

rispetto a:

**- Educazione ed informazione sanitaria**

**a) giovanile**

- Informazione da:
  - Medici di base e Pediatri, Medicina scolastica
  - Insegnanti, Incontri con gli studenti
  - Consigli alimentari (bilancio dietetico ecc.)

**b) età adulta**

Problematiche

Foci dentali - Malattia parodontale - Riabilitazioni protesiche - Pazienti a rischio - altro.

- Informazioni da:
  - Medici di base, Assistenti sociali
  - Opuscoli e note informative
  - Incontri

rispetto a:

**- prevenzione operativa:**

**a) interventi**

Visite ambulatoriali (cartella clinica)

Screening carie, Screening malocclusioni

Profilassi della carie

Igiene orale (ambulatoriale e istruzioni)

Screening parodontale (tests e cartella parodontale)

Indagini radiografiche

Visite domiciliari (pazienti non autosufficienti, comunità, case di riposo)

Nella 2<sup>a</sup> fase rispetto a **problematiche attuative**, occorre valutare attentamente l'esistente e la fattibilità in termini di:

STRUTTURE:	Locali, Attrezzature, Personale, Costi
PERSONALE MEDICO:	Ambulatoriale, Dipendente, Misto, delle varie Specializzazioni
PERSONALE AUSILIARIO:	Aumento delle unità e qualificazione (corsi di riqualificazione per personale già strutturato) di ruolo o a contratto
PERSONALE ODONTOTECNICO:	Dipendente o a prestazione (uniformità delle prestazioni, valutazione dei costi, plusvalenze)
PIANIFICAZIONE TERRITORIALE:	Incidenza demografica e difficoltà nei collegamenti
DIRITTO ALLE PRESTAZIONI:	Possibili griglie di valutazione e protocolli operativi coordinati (età, reddito, patologie, altro)
ACCREDITAMENTO STRUTTURE PRIVATE:	Caratteristiche di idoneità e livello qualitativo e quantitativo delle prestazioni
CARATTERISTICA DEI TICKET:	No profit, con quota per attrezzature, materiali, gestione, compartecipazione

COLLEGAMENTO CON MEDICI DI BASE  
E PEDIATRI:  
COORDINAMENTO FAMIGLIE, SCUOLE,  
AMMINISTRAZIONI LOCALI:  
COLLABORAZIONE CON L'UNIVERSITÀ:

Informazione e sensibilizzazione

Corsi di qualificazione - aggiornamento Diplomi, altro

COORDINAMENTO TRA LE UNITÀ  
OPERATIVE:  
MEETING E AGGIORNAMENTO  
OBBLIGATORI PER IL PERSONALE:  
STRUTTURE EQUIVALENTI CON IL  
PRIVATO:

Rapporto specialistica ambulatoriale SUMAI, uniformità delle prestazioni

Disponibilità di orario

Attrezzature, strutture, altro

Per ciò che riguarda le **strutture operative** della 2<sup>a</sup> fase, queste andrebbero distribuite su più livelli secondo quanto segue:

- I Livello**
- Unità odontoiatriche distribuite nei Distretti di base del territorio  
Personale: Medico Odontoiatra + Assistente Dentale
  - Poliambulatori Odontoiatrici che coordinano più unità di I livello  
Personale: Responsabile Medico + Medici Odontoiatri + Igienisti Dentali + Assistenti Dentali + Odontotecnici (numero in rapporto al bacino d'utenza)
- II- Livello**
- Presidi Ospedalieri od Universitari per prestazioni di particolare impegno  
Personale: Coordinatore Medico + Operatori sanitari come I Livello +Anestesista e collegamenti con altri reparti (cardiologia, etc.)
  - Unità mobili per servizio domiciliare  
Personale: Come per il I Livello

Rispetto a **soluzioni terapeutiche** (branche specialistiche) si ipotizza il seguente schema:

**Pedodonzia** (pazienti non collaboranti) Liv. int. 2°

**Conservativa** (otturazioni - endodonzia - ricostruzioni- altro) Liv. int. 1°

**Chirurgia Orale** {  
 estrattiva- altro Liv. int. 1°  
 piccola chirurgia (rizettomie - preprotesica - altro) Liv. int. 1°  
 chirurgia complicata (inclusi -cisti - altro) Liv. 2°

**Parodontologia** {  
 Igiene orale {  
 Detartrasi - altro Liv. int. 1°  
 Deep scaling - root planing -altro Liv. int. 1°  
 chirurgia parodontale e implantologica Liv. int. 2°

**Ortodonzia** mobile Liv. int. 1°  
fissa Liv. int. 2°

**Protesi** mobile Liv. int. 1°  
fissa Liv. int. 1°- 2°

**Portatori di handicap - Pz. con patologie gravi ed infettive** Liv. int. 2°, anche tramite rapporti convenzionali con strutture in possesso dei requisiti previsti.

**Chirurgia maxillo facciale** Liv. int. 2°

**Gnatologia** Liv. int. 2°

## **D.2) Il ruolo dell'Università**

### **Situazione:**

- Corsi di laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria: 25 iscrizioni all'anno (definire come utilizzare gli specializzandi).
- Corsi di formazione II anno Diploma Universitario (non previsti in pianta organica nelle Aziende Sanitarie).
  - 12 Igienisti dentali a Perugia
  - 6 Igienisti dentali a Terni

### **Arte ausiliaria di odontotecnico:**

5 o 6 persone all'anno per l'Umbria.

Non ci sono né sono previsti corsi di aggiornamento/addestramento.

L'Azienda Ospedaliera di Perugia coopta nel sistema assistenziale la Clinica Universitaria Odontoiatrica al fine di mettere a disposizione dei pazienti:

- 1) Sala operatoria dedicata
- 2) Laboratorio Odontotecnico universitario (da usare anche per le protesi gratuite)
- 3) Guardia Medica odontoiatrica

Ciò consentirebbe a sua volta un migliore svolgimento delle attività didattiche.

### **Ruolo dell'Università** nel processo formativo conoscitivo e assistenziale.

Le Aziende USL e l'Azienda Ospedaliera di Perugia mediante l'estensione della Convenzione attuale Università-Regione-Azienda Ospedaliera, dispongono di perseguire i seguenti obiettivi:

- a) utilizzare i tirocinanti neolaureati affiancati da un "Tutor" per la durata di dodici mesi nelle strutture delle ASL ai fini educativo-assistenziali;
- b) utilizzare i volontari laureati in medicina (ad esaurimento) sotto la direzione del "Tutor" ai fini educativo-assistenziali;
- c) utilizzare gli studenti del IV° e V° anno del corso di Laurea sotto la guida di un "Tutor" ai fini educativo-epidemiologici;
- d) utilizzare gli studenti D.U. (igienista dentale) tirocinanti sotto la guida di un "Tutor" ai fini educativi;
- e) istituire corsi di formazione per gli infermieri "assistenti alla poltrona" sotto la supervisione dell'Università.

Inoltre resta aperta la possibilità per i tirocinanti – specializzandi di essere utilizzati nello svolgimento dell'attività di Guardia medica odontoiatrica, in base alla normativa vigente.

- Le Aziende definiscono in apposito regolamento le condizioni etiche ed operative richieste ai tirocinanti sui quali incombono peraltro anche gli oneri assicurativi.

Per quanto riguarda la ristrutturazione della Clinica Odontoiatrica va prevista l'utilizzazione del laboratorio odontotecnico anche per la fornitura di protesi gratuite alle persone indigenti.

## **E) SISTEMI OPERATIVI TECNICO SPECIFICI: LINEE GUIDA E PROTOCOLLI**

### **E.1) Prevenzione ed educazione sanitaria**

La Regione dell'Umbria, negli anni '80, aveva realizzato un piano di intervento ben articolato rispetto alla prevenzione dentale ed alla educazione sanitaria.

Con delibera n. 4209 del 26.7.83 dettava: "norme di indirizzo e coordinamento alle USL sull'attivazione di un programma su scala regionale per la prevenzione dentale".

In questo programma, peraltro molto dettagliato e in gran parte realizzato, era prevista una parte di prevenzione primaria (fluoroprofilassi, modifica delle abitudini alimentari ed informazione/educazione igienico-sanitaria, ...) e di prevenzione secondaria (visite programmate per fasce d'età, ...). Il programma prevedeva il coinvolgimento dei medici di medicina generale, gli specialisti odontoiatri strutturati e convenzionati, il Servizio di Educazione Sanitaria, gli insegnanti, ect., corsi di formazione/addestramento e produzione di materiale illustrativo e didattico (con la collaborazione del SEDES e del Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria). Come già detto questo programma finanziato dal fondo regionale fu ampiamente realizzato soprattutto per la parte riguardante l'Educazione Sanitaria e la produzione dei materiali che furono ampiamente distribuiti. Successivamente e progressivamente questo programma fu abbandonato fino ad essere lasciato alla sporadica iniziativa di qualche insegnante motivato.

Per la parte riguardante la fluoroprofilassi dopo ripetuti convegni e gruppi di studi, si pervenne nel corso del III seminario internazionale di studio sulla "Fluoroprofilassi della carie dentale", svoltosi a Perugia il 18/19 settembre 1992 e promosso dalla Regione dell'Umbria-Assessorato alla Sanità, Università degli Studi di Perugia/Clinica Odontoiatrica/Dipartimento di Igiene e la Società di Igiene e Sanità pubblica (Sezione Umbra) alla formulazione di: "Ipotesi per la fluorazione delle acque destinate al consumo umano in Umbria".

E' chiaro tuttavia che la fluorazione delle acque, da sola (visto anche l'attuale uso che se ne fa), non fa sparire la carie dentale. Potrebbe portare però, anch'essa, un buon contributo per la riduzione della prevalenza dell'affezione.

Per il resto bisognerà non solo tenere presente, ma potenziare tutti gli altri presidi di prevenzione. L'educazione sanitaria verso l'igiene orale e l'alimentazione.

La prevenzione individuale sul lettino dell'odontoiatra.

Forti di questo non trascurabile passato rispetto al progetto "Prevenzione dentale ed Educazione sanitaria" si propone:

*per l'Educazione Sanitaria*

utilizzare il gruppo regionale per l'Educazione Sanitaria per redigere un programma di educazione dentale da attuare presso tutte le scuole da inserire nel Protocollo Provveditorato Regione - Aziende USL.

*per la Prevenzione primaria*

Si potrebbe riprendere in considerazione lo studio di fattibilità della fluorazione delle acque del gruppo di lavoro regionale di cui al seminario '92 sopra riportato, valutando attentamente costi-benefici. Procedere invece speditamente con i programmi di fluoroprofilassi sotto riportati.

## **STRATEGIE**

Se l'eziologia della carie è multifattoriale, risulta chiaro che anche il progetto di prevenzione e promozione della salute orale, per essere efficace, deve svilupparsi secondo più linee strategiche da attuarsi all'interno di ogni distretto, attraverso interventi sia di tipo educativo (corsi di preparazione al parto, progetti di educazione alla salute orale in ambito scolastico) che di tipo organizzativo. Tali linee strategiche vengono di seguito presentate con i relativi obiettivi specifici ed indicatori di processo.

### ***a) promozione dell'igiene orale quotidiana***

*obiettivi specifici*

- creare nei bambini (delle scuole materne, elementari e medie) e negli adulti di riferimento (insegnanti e genitori), una chiara consapevolezza dell'importanza dell'igiene orale;
- favorire l'apprendimento da parte dei bambini delle tecniche adeguate per assicurare l'igiene orale;
- incentivare nei bambini l'uso dello spazzolino dopo i pasti.

*indicatori di processo*

- corsi di preparazione al parto in cui viene riservato uno specifico momento al tema della promozione della salute orale (fluoroprofilassi, corretta pulizia dei denti sin dal momento dell'eruzione, impostazioni corretti comportamenti alimentari, ...) = 100% nel giro di due anni;
- insegnanti delle materne, elementari e medie che partecipano ai momenti formativi loro dedicati sul tema della promozione della salute orale = almeno 1 per classe nel giro di 3 anni;
- genitori dei bambini che partecipano ai momenti formativi loro dedicati sul tema della promozione della salute orale = almeno il 70% di quelli i cui figli appartengono alle classi filtro per lo screening della carie ogni anno;
- bambini delle materne, elementari e medie che partecipano ai momenti formativi loro dedicati sul tema della promozione salute orale = 100% delle classi filtro per lo screening della carie nelle elementari e medie ogni anno, e 100% delle classi dell'ultimo anno delle materne nel giro di 3 anni;
- bambini delle materne che praticano a scuola l'igiene orale dopo il pasto = almeno l'80% delle classi dell'ultimo anno nel giro di 3 anni.

### ***b) fluoroprofilassi***

*obiettivi specifici*

- informare sul ruolo del fluoro i bambini e gli adulti di riferimento;
- assicurare una fluoroprofilassi corretta (per posologia e durata) programmando, laddove le concentrazioni di fluoro della rete idrica sia sotto la soglia raccomandata dall'OMS (0.7 mg/l) e previo consenso informato dei genitori, la distribuzione controllata delle compresse di fluoro in tutte le scuole materne ed elementari;
- coinvolgimento dei P.L.S. per la fluoroprofilassi in età prescolare.

*indicatori di processo*

- scuole materne ed elementari in cui si effettua la fluoroprofilassi controllata = almeno l'80% nel giro di due anni.

### **c) controllo dell'alimentazione**

#### *obiettivi specifici*

- assicurare momenti di educazione alimentare rivolti ai bambini, ai genitori, e agli insegnanti all'interno dei quali affrontare il tema del ruolo cariogeno di specifiche categorie alimentari e di talune consuetudini;
- effettuare valutazioni periodiche sui consumi alimentari all'interno delle scuole e nelle famiglie, utilizzando poi tali dati per calibrare interventi educativi;
- effettuare la revisione delle tabelle dietetiche in vigore presso le scuole per adeguarle agli standard nutrizionali previsti dai LARN;
- ottenere la correzione delle abitudini alimentari che favoriscono lo sviluppo della carie nei bambini.

#### *indicatori di processo*

- scuole (materne, elementari e medie) presso cui è stata effettuata la revisione delle tabelle dietetiche =100% nel giro di 3 anni;
- scuole (materne, elementari e medie) presso cui è stata effettuata la rilevazione sui consumi alimentari sia all'interno delle scuole che nelle famiglie = 100% nel giro di 3 anni (si può far riferimento in ogni scuola ad una classe campione, che per le elementari e le medie corrisponderà a quella in cui si effettua lo screening).

### **d) Controlli odontoiatrici periodici**

#### *obiettivi specifici*

- far sì che i bambini imparino a conoscere la funzione del dentista ed imparino ad non averne paura;
- far comprendere alle famiglie l'importanza di effettuare controlli ed eventuali cure non solo sulla dentatura permanente ma anche su quella decidua;
- organizzare a livello di ciascun distretto la rilevazione sistematica dello stato di salute dei denti in alcune classi filtro (1<sup>a</sup> e 4<sup>a</sup> elementare e 2<sup>a</sup> media) per quanto attiene alla patologia cariosa;
- assicurare a livello di ciascun distretto un numero di ore settimanali di specialista odontoiatra come da quanto previsto al capitolo E.2.

#### *indicatori di processo*

- classi in cui si è fatto lo screening sul totale delle classi previste come destinatarie dell'intervento = 100% per ogni anno;
- numero di ore settimana di specialista odontoiatra come già previsto al capitolo E.2 = tale da garantire un'attesa  $\leq 30$  giorni.

## **E.2) Ortodonzia**

Nel triennio occorre sviluppare e/o mettere a punto il seguente **schema organizzativo per il servizio ortognatodontico**:

### **Descrizione:**

Il progetto è finalizzato all'attivazione di un servizio PUBBLICO di Ortognatodonzia.

Ciò è in sintonia con l'obiettivo regionale di *Promozione e Tutela della Salute Dentale* ed in particolare con l'individuazione e la lotta ai dismorfismi-paramorfismi cranio facciali.

Le linee fondamentali sulle quali è basato il progetto sono:

- i dati epidemiologici estrapolati da letteratura nazionale e internazionale, gli studi di prevenzione primaria e secondaria nell'ambito della patologia odontostomatognatica;

- i concetti economici di ottimizzazione dei costi-benefici e l'analisi delle attuali dotazioni (personale, strutture, attrezzature) contrapposte ai costi di gestione del servizio;
- l'informatizzazione con il beneficio della semplificazione dell'iter burocratico ed il contenimento dei relativi costi di attuazione e mantenimento del servizio.

Il progetto trova la sua attuazione mediante la collaborazione coi distretti e con gli operatori della *MEDICINA PREVENTIVA IN ETÀ EVOLUTIVA*, la raccolta e l'elaborazione dei dati provenienti dalle attività di base allo scopo di regimentare l'intervento e di raccogliere dati di epidemiologia locale onde finalizzare il successivo intervento con metodologia di razionalità ed economicità.

### **Riferimenti scientifici:**

Dalla consultazione dei testi e delle riviste di maggior valenza in campo Odontostomatologico, si evince che la percentuale della popolazione totale che presenta problemi di malocclusione di grado medio e che quindi necessiterebbe di trattamento ortodontico è di circa il 37%: questo gruppo (target) può essere suddiviso, secondo l'età di intervento e del tipo di trattamento, in sei sottogruppi:

1. **ORTODONZIA INTERCETTIVA:** tale trattamento, attuabile generalmente tramite un correttore rimovibile confezionato su misura con la collaborazione di un odontotecnico e che si prefigge una "buona crescita dell'apparato stomatognatico su buona postura", si utilizza in soggetti di età compresa tra 6 e 10 anni, quindi con dentatura mista: tale sottogruppo rappresenta il 30% circa del gruppo target.
2. **ORTODONZIA FISSA *in fase evolutiva*:** in tale tipo di trattamento si utilizza una tecnica costituita dall'applicazione di bracketts incollati dente per dente ed uniti da un'ansa metallica variamente modellata ed attivata secondo il tipo di difetto da correggere: si utilizza in soggetti di età compresa tra 11 e 15-20 anni, quindi con dentatura permanente, il sottogruppo costituisce il 40% circa del gruppo target.
3. **ORTODONZIA FISSA *nell'adulto*:** 10% circa del gruppo target.
4. **ORTODONZIA PRE/POST CHIRURGICA:** ortodonzia fissa, e applicata a soggetti che per la gravità della malocclusione e/o della malformazione necessitano di intervento chirurgico ortopedico maxillo-facciale correttivo: rappresentano il 5% circa del target.
5. **ORTODONZIA IN PTZ CON DISTURBI DELL'ATM** 10% circa del target.
6. **ORTODONZIA PREPROTESICA** :5% circa del target.

### **Articolazione del Progetto:**

- 1° fase: ricognizione ed eventuale acquisizione di strutture, attrezzature, materiali e personale (formazione ed aggiornamento)
- 2° fase: formalizzazione ed omogenizzazione delle metodiche e delle procedure di raccordo e loro informatizzazione
- 3° fase: avvio del progetto, costruzione banca dati
- 4° fase: verifiche in itinere

### **Ambito territoriale:**

Il Servizio dovrebbe essere rivolto a tutti i residenti della Regione, quindi ai vari distretti con i rispettivi ambiti subdistrettuali.

### **Servizi coinvolti:**

Dipartimenti di Igiene e Prevenzione  
Distretti



Poli Ospedalieri ed Università  
Dipartimenti area Chirurgica  
Dipartimenti diagnostica per immagini  
Dipartimenti amministrazione delle risorse  
Dipartimenti assistenza farmaceutica  
Dipartimenti assistenza infermieristica

### **Obiettivi**

Organizzazione di un Servizio di Ortodonzia in accordo con il Progetto Regionale di *Promozione e Tutela della Salute Dentale* rivolto ai soggetti in età evolutiva, in altre parole fino ai 14-15 anni (obiettivo specifico: individuazione e lotta ai dismorfismi - paramorfismi cranio-facciali).

Risulta fondamentale la collaborazione con la **MEDICINA PREVENTIVA E SOCIALE DELL'ETA' EVOLUTIVA**, in particolare con la sezione della Medicina Scolastica che deve fungere da filtro all'accesso alle cure.

#### **a) Modifiche organizzative**

- 1) organizzazione di un sistema di sorveglianza epidemiologica per individuare i problemi prevalenti nelle età filtro prescelte (6 anni – 1<sup>a</sup> elementare, 10 anni - 5<sup>a</sup> elementare, 14 anni - 3<sup>a</sup> media);
- 2) acquisizione e/o adeguatezza delle sedi, attrezzature e personale idonee alla realizzazione del progetto;
- 3) adozione di una cartella unica odontoiatrica e di un tesserino con omogenizzazione delle procedure e dei protocolli di accesso al 2° livello;
- 4) coinvolgimento nel progetto dei pediatri di base ed acquisizione dati raccolti nella fascia di età fino ai 6 anni;
- 5) informatizzazione delle procedure;
- 6) organizzazione di rapporti periodici con scuole e pediatri di base per pubblicizzazione delle analisi epidemiologiche effettuate e di programmi di educazione sanitaria;
- 7) costituzione di unità valutative.

#### **a) Modifiche dei processi**

- 1) individuazione dei referenti a livello distrettuale;
- 2) incontri periodici con i referenti distrettuali per la costruzione della cartella odontoiatrica, tesserino, omogenizzazione delle procedure, protocolli di accesso al 2° livello;
- 3) rilevazione dati statistico-epidemiologici;
- 4) incontri periodici con gli operatori dedicati per aggiornamento e formazione permanente;
- 5) acquisizione di computers e software e formazione del personale addetto.

### **Indicatori**

*Di processo:*

1. n° di Pazienti con problemi ortodontici / n° di Pazienti visitati
2. n° di Pazienti con problemi ortodontici / n° di Pazienti inviati al 2° livello
3. n° di Pazienti con diagnosi confermata / n° di Pazienti inviati al 2° livello
4. n° di Pazienti che iniziano il trattamento / n° di Pazienti con diagnosi confermata
5. n° di Pazienti che terminano il trattamento / n° di Pazienti che iniziano il trattamento
6. n° di Pazienti migliorati / n° di Pazienti trattati

## **Analisi risorse necessarie**

### *Premessa*

I dati di seguito riportati si riferiscono all'intero campione selezionato, in altre parole si suppone che tutti coloro che ne hanno necessità sono poi sottoposti al trattamento; si deve tenere presente che, partendo da zero, si avrebbe inizialmente un andamento rapidamente crescente della domanda fino ad avere un picco massimo, una successiva diminuzione e quindi il raggiungimento di un plateau abbastanza stabile nel tempo.

### *Personale*

In base al n° di Soggetti da sottoporre al trattamento.

Grossolanamente, possiamo dividere in due tale gruppo secondo il tipo di trattamento, cioè Ortodonzia Intercettiva ed Ortodonzia Fissa.

### *Tempo medio necessario per anno di trattamento:*

(Ogni trattamento ortodontico dura mediamente due anni).

#### **ORTODONZIA INTERCETTIVA**

**Totale** **560' (ore 9.20)**

#### **ORTODONZIA FISSA**

**Totale** **730' (ore 12.10)**

36 (ore settimanali lavorate da un Medico a tempo pieno) x 46 (settimane lavorative) = **1656**

**Ti** (ore totali necessarie per O.Intercettiva): **1656** (ore anno/medico) = **Mi** (tot.medici necessari.)

**Tf** (ore totali necessarie per O.Fissa): **1656** (ore anno/medico) = **Mf** (tot.medici necessari)

**Mi + Mf = Mt** (totale Medici esperti in Ortodonzia necessari per il trattamento di tutti i Pazienti del campione prescelto)

*Infermieri* formati necessari per il Servizio di Ortodonzia = 1 per ogni Medico

*Odontotecnici*: necessari per l'Ortodonzia Intercettiva in numero di un'unità per ogni raggruppamento ambulatoriale nei giorni dedicati alla Ortodonzia Intercettiva.

A tali servizi vanno inoltre fornite le necessarie dotazioni di beni e servizi.

## **CONSIDERAZIONI E PROPOSTA ORGANIZZATIVA**

Il trattamento contemporaneo di tutti i soggetti in età evolutiva affetti da dismorfismi-paramorfismi è obiettivamente irrealizzabile in quanto richiederebbe risorse di personale, d'attrezzature e di materiali non esistenti né recuperabili in tempi ragionevoli.

Dividendo il campione in esame per fasce d'età (6 anni, 7 anni, ... 14 anni) si ottengono, per ogni anno considerato, numeri sicuramente inferiori: per esempio, considerando i dati dell'ASL3, i soggetti fino ai 14 anni d'età (22.400) che necessiterebbero di trattamento sarebbero circa 6.800; se tutti questi soggetti fossero trattati contemporaneamente occorrerebbero circa 45 medici a tempo pieno, 50 infermieri, 23 riuniti dedicati solo all'ortodonzia ecc.

Dividendo invece i soggetti di cui sopra (22.400) per le varie fasce d'età otteniamo un risultato abbastanza omogeneo di circa 1.400 ragazzi/fascia: considerando che andrebbero inviati al

trattamento circa un terzo di tali soggetti, ne avremmo circa 450 l'anno per fascia da trattare; togliendo a questa cifra un 33% (pz che si rivolgono al privato o semplicemente non si sottopongono alle cure) giungiamo ad un numero di pazienti/anno da trattare di circa 300, cifra sicuramente più ragionevole.

Iniziando a trattare nel primo anno i soggetti di 14 anni e scalando ogni anno almeno una fascia, trattando ogni anno i soggetti appartenenti a due fasce d'età adiacenti, si potrebbe nel giro di 4-5 anni sottoporre al trattamento i soggetti d'età compresa tra 6 ed 8 anni, avendo poi nel tempo un bilancio in pari tra i soggetti che iniziano il trattamento e quelli che lo terminano.

Il percorso ottimale e più breve sarebbe quindi:

MEDICINA SCOLASTICA → SERVIZIO DI ORTODONZIA

iniziando con lo screening dei ragazzi di 14 anni (terza media), secondo indici di valutazione da concordare tra i medici dei servizi interessati, standardizzati in tutta la regione.

Il trattamento ortodontico può essere assoggettato al pagamento di un ticket (es. 2/3 all'accettazione ed 1/3 al termine delle cure), basato sulla spesa dei materiali necessari al trattamento e/o al confezionamento da parte dell'odontotecnico di un manufatto mobile.

Non deve comunque essere sottaciuto né sottovalutato un problema di incentivazioni del personale: (incentivi da recuperare nelle plusvalenze): mediamente, nel privato, un ciclo di cure costa circa £ 3.000.000 per ogni anno di trattamento oltre allo studio del caso (£ 300.000) e l'apparecchio di contenzione finale (£ 300-500.000); è difficile ipotizzare che un medico specialista accetti di trattare oltre 100 casi l'anno con uno stipendio di circa £ 4.000.000 mensili.

### **E.3) Protesi**

Per quanto riguarda la fornitura di prestazioni tecnico scientifiche quali le protesi dentarie (fisse e mobili) si individua la seguente proposta da formalizzare nel triennio tramite protocolli operativi a valenza regionale (forniture di manufatti, percorso di accesso, modalità di contributo finanziario, etc.):

attivazione di un **servizio pubblico di protesi dentaria:**

- **obiettivo specifico:** fascia 3<sup>a</sup> età, in tale fascia statisticamente circa l'80% necessita di una riabilitazione stomatologica sia fissa, mobile o mista.
- **risorse necessarie per ogni USL** (in ogni USL si prevedono 3 o 4 punti di erogazione del servizio).

Personale (équipe minima):

- 2 Medici specialisti strutturati con un monte ore settimanali di 76 ore
- 2 Infermieri professionali addestrati
- 1 Igienista dentale

La fornitura dei manufatti protesici può essere assegnata con un bando pubblico a dei consorzi odontotecnici.

E' impegno del bando la loro assistenza continua durante le ore di protesi ed a loro carico sono tutti i materiali necessari per impronte correzioni di protesi.

**Percorso di accesso.** Il paziente prenota attraverso il CUP o direttamente presso il servizio una visita odontoiatrica per Protesi. Durante la visita lo Specialista consiglia il piano terapeutico più

idoneo ed il rappresentante del Consorzio di Odontotecnici stila un preventivo di spesa in base al redditometro.

Al paziente se decide di accettare il programma e firma il preventivo verrà dato un appuntamento per iniziare il trattamento.

I costi del manufatto sono a carico dell'utente in due parti il 70% alle impronte ed il 30% alla consegna.

E' necessario creare un FONDO REGIONALE per i costi delle protesi per pazienti indigenti o portatori di handicap.

## **F) SISTEMI OPERATIVI PER L'APPROPRIATEZZA GESTIONALE**

Oltre alle risorse umane strumentali, tecnologiche e conoscitive già in dotazione il progetto si avvarrà anche di importanti sinergie con Enti (Comuni, Province ect.), ed Istituzioni (Scuola, Università, etc.).

I responsabili dei servizi saranno chiamati oltre che a validare l'utilizzazione delle risorse già dedicate a codesto servizio (modalità di impiego degli operatori SUMAI, etc.), anche a riflettere sulla effettiva appropriatezza gestionale per calcolare più efficacemente le eventuali risorse aggiuntive.

Ciò permesso, perché vi sia un corretto rapporto dei mezzi di cui l'organizzazione sanitaria dispone, con i fini che questo Atto di indirizzo individua, è necessario definire alcuni sistemi operativi gestionali, pensandoli nella loro funzione di supporto al raggiungimento degli obiettivi di salute.

### **F.1) Attribuzione e gestione delle risorse**

In questa sede va tenuto conto de:

- le risorse esistenti e che in parte già perseguono gli obiettivi specifici di tale Atto;
- le risorse aggiuntive da recuperare in sede territoriale e distrettuale (referenti E.S., MMG e P.L.S., Sociale);
- inoltre i fondi finalizzati alla realizzazione del presente progetto che consistono in 700 milioni di lire per ciascuna delle annualità 2000 e 2001. Tali fondi saranno attribuiti alle Aziende Territoriali, in sede di riparto dei fondi per il 2000 e per il 2001, in base alla popolazione residente rispetto alle fasce di età 0-14 anni e oltre i 60 anni;
- le Aziende Ospedaliere si avvarranno dei finanziamenti a prestazione;
- le risorse di personale e di conoscenze derivanti dal rinnovo della Convenzione con l'Università come descritto nel capitolo D.2.

### **F.2) Sistemi di contabilità**

Le aziende sanitarie e l'Assessorato, avvalendosi dei sistemi di contabilità economico patrimoniale ed analitica, determinano i costi attribuibili ai servizi chiamati a realizzare il presente atto di indirizzo, in modo da poter effettuare analisi costi efficacia e costi efficienza e comparazioni tra servizi regionali e/o di altre regioni.

### **F.3) Valutazione di processo e di esito**

L'erogazione dei finanziamenti per il 2001 sarà subordinata alla verifica della effettiva realizzazione di programmi aziendali, da parte dell'apposito Gruppo di lavoro regionale (composto da delegati aziendali e rappresentanti dell'Assessorato), per la verifica del processo e degli esiti del presente Atto di indirizzo.

Verrà convocata, con cadenza almeno annuale, la conferenza dei rappresentanti dei diritti degli utenti per avere pareri sulla accessibilità e percorribilità dei servizi e delle proposte contenute nel presente Atto.

### **F.4) Accreditalamento strutturale, professionale e formazione continua**

- Procedere all'accreditalamento dei Servizi secondo i tempi e le procedure previste nella normativa nazionale;
- assicurare un'adeguata formazione a tutti gli operatori dei Servizi Odontoiatrici, in particolare prevedere attività di supporto formativo per il personale infermieristico che svolge funzione di "assistente alla poltrona";
- prevedere la figura dell'igienista dentale nelle piante organiche delle Aziende Sanitarie.

### **F.5) Supporti conoscitivi: epidemiologia, sistema informativo, ricerca**

L'inadeguatezza della base conoscitiva come riportata in Cornice (punto A) fa sì che gli interventi che attualmente vengono forniti dalle Aziende Sanitarie siano inappropriati e rispondenti più ai bisogni urgenti che non inseriti in un programma organizzativo pianificato. Occorre quindi costruire nel triennio una base informativa per l'osservazione epidemiologica che rilevi oltreché lo stato di salute dentale, i cambiamenti delle malattie stesse anche la rispondenza agli indicatori proposti. Di conseguenza il tema individuato per l'anno 2000 riguarda la valutazione epidemiologica dello stato di salute dentale in un campione della popolazione umbra, mentre nel 2001 la ricerca riguarderà la valutazione di qualità dell'assistenza odontoiatrica.

## **G) MANUTENZIONE DEI CLIMI ORGANIZZATIVI E GESTIONE DEI RUOLI ESTERNI**

Tutte le organizzazioni hanno bisogno di creare un contesto motivazionale e relazionale tale da favorire l'identificazione dei membri nella "mission" aziendale, socializzare le regole formali ed informali che stanno alla base della vita dell'organizzazione e gestire rapporti con interlocutori esterni in modo da conseguire sinergie, rappresentare adeguatamente l'attività svolta in modo da giustificare agli occhi della società il suo costo di funzionamento e difendere la nicchia di risorse che ne garantiscono la sopravvivenza.

E' altrettanto evidente che dei professionisti chiamati a gestire questi momenti fondamentali per la vita dell'organizzazione non riescono a mettere in campo approcci efficaci (salvo rari casi dovuti a particolari sensibilità), non avendo nei loro curricula formativi acquisito specifiche competenze.

## **G.1) Clima interno**

Un primo elemento da curare è il clima interno attraverso:

- adeguate rappresentanze formali delle diverse componenti professionali, tecniche ed amministrative negli ambiti consultivi e decisionali (Riunioni di servizio, Conferenza di servizio, etc.);
- la creazione di momenti informali e non strutturati di relazioni tra i membri dell'organizzazione, un diversificato sistema premiante che valorizzi l'apporto dei fattori motivanti (riconoscimenti simbolici, gratificazioni sostanziali, valorizzazione dei contributi, cooptazione in commissioni di lavoro, richiesta di pareri, concessione di aree di ascolto, etc.) accanto ai fattori soddisfacenti (retribuzioni e compensi monetari in genere).

## **G.2) Ruoli esterni**

La gestione dei ruoli esterni rappresenta una delle principali funzioni di un dirigente in una organizzazione professionale. Nello specifico del settore di cui ci occupiamo, sono rilevanti, anche ai fini della realizzazione degli obiettivi individuati, le modalità con cui si gestiscono le relazioni con:

- associazioni sindacali;
- associazione consumatori;
- istituzioni scolastiche;
- rappresentanze dei genitori di ragazzi in età scolare;
- comunità terapeutiche;
- livelli politici territoriali.

E' bene concordare con la direzione aziendale le strategie e i relativi compiti, definire modalità di interazione su terreni e con approcci che riescano a prefigurare vantaggi reciproci, delimitando con cura le aree di intervento e verificandone la competenza alla specifica integrazione intersettoriale attivata.

## **H) CALENDARIO DEGLI IMPEGNI PER IL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PIANO**

1) Entro il primo anno:

- definizione e messa a punto del sistema epidemiologico di sorveglianza;
- avvio dei rapporti con il mondo della scuola;
- avvio degli screening come indicato nel punto E.2 (13, 14 anni);
- avvio programma protesi: creazione dei protocolli e avvio della loro applicazione;
- avvio programma prevenzione, educazione sanitaria come descritto nel punto E.1
- revisione convenzione con l'Università, come indicato nel punto D.2.

2) Entro il secondo anno:

- applicazione del sistema epidemiologico di sorveglianza;
- avvio attività di E.S. e prevenzione dentale (fluoroprofilassi) nelle scuole proseguendo come indicato nel punto E.1;
- prosecuzione screening come indicato nel punto E.2;
- prosecuzione applicazione protocolli protesi dentale;

3) Entro il terzo anno:

- prosecuzione applicazione del sistema epidemiologico di sorveglianza

- prime valutazioni tramite sistema informativo di sorveglianza epidemiologica;
- prosecuzione attività screening come indicato nel punto E.2 (tenendo presente eventuali aggiustamenti da apportare in seguito alle prime valutazioni);
- prosecuzione attività E.S. e prevenzione dentale come indicato nel punto E.1 (tenendo presente eventuali aggiustamenti da apportare in seguito alle prime valutazioni);
- prosecuzione applicazione protocolli protesi dentale (tenendo presente eventuali aggiustamenti da apportare in seguito alle prime valutazioni);
- valutazione degli accordi convenzionali con l'Università.

**Regione Umbria  
Giunta Regionale**

**“Un patto per la salute, l’innovazione e la  
sostenibilità”**

**Proposta di Piano Sanitario Regionale  
2003-2005**

Approvato con DGR n. 1808 del 20/12/2002



# Indice

<i>1 Il nostro progetto: un servizio sanitario disegnato intorno al cittadino.</i>	<i>5</i>
<i>2 Il SSR oggi</i>	<i>10</i>
<b>2.1 Problemi di salute</b>	<b>10</b>
2.1.1 Previsioni demografiche	10
2.1.2 Evidenze epidemiologiche	12
<b>2.2 Bilancio del ciclo programmatico 1999-2001.</b>	<b>30</b>
2.2.1 L'ipotesi organizzativa seguita nel triennio 1999-2001.	30
2.2.2 Principali problemi nel governo della salute.	31
2.2.3 Governo della sanità e ciclo della programmazione nel triennio 1999-2001	32
2.2.4 La gestione della sanità	33
<b>2.3 Altri elementi di contesto</b>	<b>42</b>
<i>3 Risorse disponibili e vincoli per la sostenibilità nel medio periodo</i>	<i>45</i>
<i>4 Gli obiettivi di salute e le azioni funzionali al loro raggiungimento</i>	<i>48</i>
<i>5 Patti e piani integrati per il governo della salute</i>	<i>53</i>
<b>5.1 Adottare politiche integrate sui determinanti di salute</b>	<b>53</b>
<b>5.2 Manutenere e sviluppare il capitale sociale</b>	<b>57</b>
<b>5.3 Concertare patti per la salute</b>	<b>58</b>
<i>6 Innovazione e sostenibilità nel governo della sanità</i>	<i>61</i>
<b>6.1 Fare sistema</b>	<b>61</b>
<b>6.2 Affinare il ciclo della programmazione</b>	<b>64</b>
<b>6.3 Garantire i Livelli Essenziali di Assistenza</b>	<b>67</b>
<b>6.4 Sviluppare programmazione economico finanziaria e controllo di gestione</b>	<b>69</b>
<b>6.5 Sviluppare sistemi informativi, monitoraggi delle attività e controlli di gestione</b>	<b>75</b>
<b>6.6 Integrare programmazione socio sanitaria e programma degli investimenti</b>	<b>81</b>
<b>6.7 Sviluppare interazioni tra pubblico e privato nell'interesse del sistema</b>	<b>86</b>
<b>6.8 Sviluppare l'osservazione epidemiologica per la programmazione socio sanitaria</b>	<b>87</b>
<b>6.9 Valorizzare gli operatori</b>	<b>88</b>
<b>6.10 Collegare ricerca e innovazione</b>	<b>93</b>
<b>6.11 Governare le autorizzazioni e promuovere accreditamento ed eccellenza</b>	<b>95</b>
<b>6.12 Migliorare comunicazione, informazione ed immagine del SSR</b>	<b>96</b>
<b>6.13 Governare l'interazione con l'Università</b>	<b>99</b>
<b>6.14 Sviluppare le interazioni con l'ARPA</b>	<b>101</b>
<b>6.15 Valutare il PSR</b>	<b>102</b>
<b>6.16 Rafforzare la Direzione regionale sanità e servizi sociali</b>	<b>104</b>
<i>7 Qualità e innovazione nella gestione della Sanità</i>	<i>106</i>
<b>7.1 Promuovere il governo clinico</b>	<b>107</b>

<b>7.2</b>	<b>Produrre promozione, prevenzione ed attività di iniziativa.....</b>	<b>120</b>
<b>7.3</b>	<b>Qualificare la domanda di assistenza.....</b>	<b>140</b>
7.3.1	Seguire l'evoluzione della domanda di salute.....	141
7.3.2	Migliorare la gestione delle liste di attesa.....	144
<b>7.4</b>	<b>Rendere efficace, appropriata e sostenibile l'integrazione socio-sanitaria.....</b>	<b>150</b>
7.4.1	Cornice normativa e strumenti programmatici.....	150
7.4.2	Interventi a favore di anziani, materno infantile, disabili, salute mentale e dipendenze.....	154
<b>7.5</b>	<b>Definire le innovazioni negli assetti organizzativi generali.....</b>	<b>154</b>
7.5.1	Attivare le equipe territoriali, sviluppare la continuità assistenziale, garantire l'ADI.....	154
7.5.2	Governare l'assistenza farmaceutica e integrativa.....	154
7.5.3	Sviluppare l'intervento dei servizi di salute mentale e riabilitazione per l'infanzia.....	154
7.5.4	Diversificare la rete ospedaliera in base ai reali bisogni di assistenza.....	154
7.5.4.1	Riorganizzare presidi e dipartimenti ospedalieri.....	154
7.5.4.2	Attivare gli ospedali di territorio.....	154
7.5.4.3	Integrare le direzioni dei servizi in vista degli accorpamenti.....	154
7.5.4.4	Riorganizzare i servizi per l'emergenza e l'urgenza.....	154
7.5.4.5	Riorganizzare l'offerta ospedaliera chirurgica.....	154
7.5.4.6	Riorganizzare l'offerta ospedaliera nell'area medica.....	154
7.5.4.7	Riorganizzare e Sviluppare la rete riabilitativa.....	154
7.5.4.8	Garantire e rendere sostenibili le alte specialità.....	154
7.5.4.9	Definire il ruolo dei centri di riferimento regionale e dei presidi per malattie rare.....	154
7.5.4.10	Sviluppare il Servizio infermieristico, tecnico sanitario, riabilitativo ed ostetrico.....	154
<b>8Azioni di PIANO.....</b>		<b>154</b>
<b>8.1</b>	<b>Dare continuità alle progettualità consolidate.....</b>	<b>154</b>
8.1.1	Progetto Sangue.....	154
8.1.2	Progetto Trapianti.....	154
8.1.3	Progetto Umbria Diabete.....	154
8.1.4	Sicurezza alimentare.....	154
8.1.5	Prevenzione luoghi lavoro.....	154
8.1.6	Promozione e tutela della salute degli immigrati.....	154
8.1.7	Lotta alle nefropatie.....	154
8.1.8	Prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili.....	154
<b>8.2</b>	<b>Sviluppare nuove progettualità.....</b>	<b>154</b>
8.2.1	Promozione e tutela della salute della donna e dell'età evolutiva.....	154
8.2.2	Prevenzione e assistenza oncologica.....	154
8.2.3	Promozione e tutela della salute mentale.....	154
8.2.4	Dipendenze.....	154
8.2.5	Lotta alle cardio e cerebro vasculopatie.....	154
8.2.6	Progetto cure palliative.....	154
8.2.7	Progetto "Potenziare le attività di genetica".....	154

8.2.8	Progetto “nutrizione artificiale” .....	154
8.2.9	Progetto prevenzione dei danni da incidente stradale .....	154
<b><i>Allegato 1: proiezioni demografiche al 2005</i></b> .....		<b>154</b>
<b><i>Allegato 2: Linee guida per l’atto aziendale</i></b> .....		<b>154</b>
<b><i>Allegato 3: Posti letto per le attività di chirurgia.</i></b> .....		<b>154</b>

# 1 IL NOSTRO PROGETTO: UN SERVIZIO SANITARIO DISEGNATO INTORNO AL CITTADINO.

Il fine di questo piano sanitario è offrire al cittadino servizi socio sanitari ben distribuiti sul territorio, sostenibili economicamente e con alti standard di qualità, servizi che devono produrre salute ed essere disponibili quando la gente ne ha bisogno.

Servizi quindi pensati e continuamente verificati a partire dalle esigenze dei cittadini.

Il fine di questo Piano è anche quello di rinnovare l'etica del servizio sanitario, un sistema che valorizzi la dedizione degli operatori, la coesione delle equipe e supporti le motivazioni di quanti ogni giorno forniscono con competenza, etica professionale e senso di responsabilità il loro contributo perché i cittadini vivano in salute e siano assistiti dignitosamente ed adeguatamente.

Perché tutto questo continui ad essere e migliori nel tempo sarà necessario l'impegno di molti.

Passo dopo passo noi vogliamo mettere in pratica il nostro progetto, in un percorso trasparente e ordinato che amplifichi i vantaggi comuni della nostra azione di governo e riduca lo spazio di influenza di chi persegue altri interessi.

A tal fine proponiamo un **patto** tra i cittadini che in Umbria vivono e lavorano, gli operatori del servizio sanitario ed i responsabili delle istituzioni: un patto per la **salute**, l'**innovazione** e la **sostenibilità**, un patto in cui siano stabiliti ruoli e responsabilità, diritti e doveri, benefici e costi.

## *A) Le condizioni ed i principi alla base della nostra azione di governo*

Grandi cambiamenti stanno avvenendo in Italia nel campo della sanità.

Una esasperata concezione dell'autonomia regionale accentua le differenze tra coloro che vivono in regioni ricche e la cui organizzazione sanitaria è efficiente e coloro che vivono in regioni meno ricche, con una diversa possibilità di accesso dei cittadini alle cure efficaci.

Ancora una volta sarebbero i soldi a fare la differenza e la qualità delle prestazioni sanitarie: un fatto eticamente e culturalmente inaccettabile per la nostra sensibilità politica.

Ora noi non vogliamo che questo accada e ci poniamo pertanto il compito di salvaguardare all'interno della nostra Regione i livelli di solidarietà e di civiltà che abbiamo raggiunto con anni di impegno e di lavoro applicando le opportunità che il Titolo V della Costituzione offre al mantenimento dell'autonomia dell'Umbria.

Perché il Servizio Sanitario Regionale continui a garantire la salute di chi in Umbria vive e lavora, occorre che la nostra Regione conservi e sviluppi la propria autonomia politica, il che vuol dire in primo luogo garantire la sostenibilità finanziaria del sistema all'interno degli scenari, alcuni dei quali francamente sfavorevoli, che si prospettano nel medio periodo.

Se il nostro sistema non è gravato dai debiti delle gestioni precedenti, ha chiuso il bilancio in pareggio nel 2001, lo farà ancora nel 2002 e se tutto questo avviene senza imporre ai cittadini tasse o ticket (come invece hanno fatto la stragrande maggioranza delle regioni italiane) ma con il

consenso della popolazione, dei Comuni e dei Sindacati Confederali, ebbene ciò dipende dal fatto che noi abbiamo scelto la programmazione pubblica come elemento qualificante e fattore discriminante rispetto ad altri modelli gestionali.

Non abbiamo chiuso servizi, non abbiamo aggiunto tasse o ticket regionali.

I nostri conti sono in regola e se il Governo rispetta gli impegni presi (a cominciare da quelli per il finanziamento delle nuove partite contrattuali) lo saranno anche nel 2003 e nel 2004.

Il Piano quindi assume come vincolo la stretta relazione che vi è tra gli interessi pubblici che guidano la programmazione, gli effetti che questa ha sulla sostenibilità del sistema e le ricadute sull'autonomia politica della nostra Regione.

E' noto che la programmazione è un processo in cui si allocano risorse a partire da scelte di priorità.

E' altrettanto noto che nessuna scelta di priorità è neutra e/o oggettiva, il che pone il problema di rendere espliciti i fondamenti della programmazione.

Il Piano persegue in primo luogo l'interesse generale della promozione e tutela della salute di chi in Umbria vive e lavora, interesse generale che rappresenta la pietra angolare per le sue scelte di priorità.

A partire da tale visuale sono assunti come costitutivi del modello di sanità scelto dalla Regione Umbria i seguenti principi e valori:

**Responsabilità collettiva.** La titolarità della tutela della salute è innanzitutto della intera comunità che se ne assume l'onere e il compito. La salute della comunità non è solo la sommatoria della salute dei singoli cittadini. In tal senso viene affermato il ruolo determinante della programmazione pubblica pure nella valorizzazione del mercato laddove i suoi meccanismi contribuiscano ad elevare l'efficienza e migliorare la qualità.

**Soggettività e libertà.** Il valore della persona ed i bisogni dei singoli e delle famiglie sono difesi e valorizzati; la libertà di scelta viene pienamente tutelata ed ha come limite solo il raggiungimento di valori etici superiori. La programmazione delle attività si basa sull'analisi dei bisogni.

**Universalità.** Il sistema si impegna per garantire la parità di accesso ai servizi sanitari a tutti cittadini, a parità di bisogno e indipendentemente da luogo, età, genere, gruppo etnico e classe sociale di appartenenza. L'universalità è condizione necessaria dell'equità.

**Equità.** Se tutti i cittadini sono uguali di fronte al servizio sanitario, ve ne sono alcuni che, versando in condizioni di maggiore bisogno, necessitano di ricevere una maggiore attenzione assistenziale. Il servizio sanitario regionale, in base al principio di equità, privilegia i soggetti che hanno maggiori bisogni.

**Unicità.** Il sistema sanitario regionale è unico. Il finanziamento è pubblico, su base fiscale progressiva e quindi proporzionale alle capacità contributive dei singoli cittadini.

**Centralità del territorio,** nelle sue articolazioni di collettività, politiche, organizzative e gestionali, anche nell'ottica della molteplicità dei soggetti "produttori di salute" e al fine di valorizzare ed integrare le presenze in termini di volontariato ed associazionismo.

**Inter-istituzionalità.** Gli obiettivi di salute devono essere raggiunti con l'apporto congiunto di tutti i settori di attività, pubblici e privati; la sanità deve integrarsi con gli altri livelli istituzionali per porre l'obiettivo salute anche nei loro progetti. Questo ci spinge a cercare nuovi e più avanzati terreni di intesa con i Comuni, insieme ai quali dobbiamo superare le separatezze e rafforzare la capacità del sistema a fornire risposte integrate ai bisogni di salute e di assistenza dei cittadini nei territori in cui essi vivono e lavorano.

## ***B) Le grandi ipotesi del triennio***

L'alta speranza di vita alla nascita che contraddistingue la nostra società è un primo indicatore di successo del nostro modello sociale.

Questa situazione comporta a sua volta la necessità di adottare modelli di intervento socio-sanitario adatti ai nostri problemi di salute.

# In primo luogo è necessario adottare un approccio che punti all'aumento degli anni vissuti senza disabilità facendo in modo che non si verifichi il prevedibile aumento della morbosità e della disabilità che spesso si determina in età avanzata, un risultato che si può ottenere con opportune misure di promozione della salute, di prevenzione delle malattie e di qualificazione del servizio, in modo da ridurre il numero di anni vissuto in condizioni di disabilità rispetto al momento della morte. Patti per la salute, potenziamento della prevenzione nei luoghi di vita e di lavoro, screening contro i tumori prevenibili, reti di intervento precoce, educazione alla salute: sono esempi di iniziative che consentiranno sia un miglioramento della qualità della vita che un miglior controllo della spesa sanitaria per l'assistenza ai disabili cronici.

# In secondo luogo è necessario attivare un modello assistenziale apposito per coloro che sono affetti da malattie cronico-degenerative (ipertensione, diabete, tumori, etc.), un modello che:

- sappia interagire adeguatamente con il capitale sociale presente nelle nostre collettività attraverso opportune politiche;
- renda il cittadino sempre più competente nella scelta di stili di vita salubri e nella interazione con i servizi socio sanitari;
- metta in campo equipe socio-sanitarie preparate ed attive, in grado di sostenere una "interazione produttiva" con i cittadini in modo da raggiungere i risultati clinici e funzionali più adatti alla loro specifica condizione.

Tutto questo richiede che il medico di medicina generale divenga sempre più, nei fatti, il perno del nostro sistema sanitario. Il Piano propone a questi operatori, con le equipe territoriali, un percorso di integrazione funzionale e organizzativa con i centri di salute, la continuità assistenziale, i dipartimenti territoriali, attraverso forme associative che permettano di sviluppare di concertare obiettivi di salute, migliorare i percorsi assistenziali per le principali malattie cronico degenerative e quindi anche l'appropriatezza nella prescrizione di farmaci, visite specialistiche e ricoveri.

# Ugualmente sul territorio saranno sviluppate le aree di offerta per l'integrazione dei percorsi assistenziali per anziani, salute mentale, dipendenze, disabili, minori che prevedono una condivisione di responsabilità tra sociale e sanitario.

L'idea che il Piano persegue è chiara: finché si può è fondamentale vivere nel proprio quartiere, nella propria strada e in un ambito familiare conosciuto.

Sarà ampliato il ventaglio delle opzioni disponibili (assistenza domiciliare, assegno di cura, nuove servizi semiresidenziali e residenziali) cercando di qualificare e contenere il ricorso alla istituzionalizzazione, valorizzando i bisogni delle persone e cercando di offrire risposte sempre più personalizzate, il cui fine ultimo sia anche la risocializzazione dell'interessato.

Su questo terreno l'Umbria rifiuta le politiche segreganti che il Governo centrale propone nei settori della salute mentale e delle dipendenze, confermando il nostro orientamento a favore della strada aperta dalla riforma psichiatrica e la politica di riduzione del danno.

Allo stesso modo il nostro SSR resta aperto ai bisogni di salute degli immigrati, riconoscendo nella tutela della salute un diritto primario di tutti gli esseri umani, indipendentemente dalla nazionalità, religione, gruppo etnico, classe sociale di appartenenza.

# La rete ospedaliera regionale può contare su un numero di posti letto sostanzialmente adeguato ai nostri bisogni assistenziali ed ha già acquisito negli ultimi anni due nuovi nosocomi (C. Castello e Orvieto). Il Piano si propone di completarne l'ammodernamento tramite:

- il completamento delle opere già attivate, come: il Polo Unico a S. Andrea delle Fratte a Perugia, con la cui realizzazione l'Umbria si doterà di un prestigioso complesso ospedaliero dove convergeranno le competenze anche della Facoltà di Medicina e Chirurgia e che costituirà uno dei punti di riferimento per la Sanità dell'Italia Centrale; l'inaugurazione del nuovo ospedale di Foligno che sarà attivo entro il 2004, la profonda ristrutturazione del nosocomio di Spoleto e gli interventi per il nuovo DEA di Terni, permetteranno un ulteriore, fondamentale sviluppo della rete dell'emergenza urgenza;

- l'attivazione delle opere edilizie per il nuovo ospedale dell'emergenza a Branca (per Gubbio e Gualdo) permetterà di concludere entro pochi anni il processo di ammodernamento di tutta questa parte della rete ospedaliera regionale.

Da noi non chiudono gli ospedali di territorio: Todi e Marciano saranno un unico presidio ospedaliero e in questa tipologia confluiranno, integrandole opportunamente, le attività attualmente svolte a Narni Amelia, C. Lago e C. Pieve.

Altri ospedali di territorio come Umbertide si sono parzialmente riconvertiti in significativi centri di riabilitazione e anche strutture come Trevi, Passignano e Montefalco hanno sviluppato importanti processi di riconversione e sono oggi utilissimi al servizio sanitario umbro.

In tal modo noi avremo tra pochi anni una rete ospedaliera completamente rinnovata, con una rete di ospedali per l'emergenza urgenza integrata dall'elisoccorso ed una di ospedali di territorio che in forte collegamento con i medici di base garantisca cure di qualità per definite condizioni di riacutizzazione delle più comuni malattie cronico degenerative.

E' inoltre previsto lo sviluppo delle attività di riabilitazione (neurologica, cardiologia, ortopedica, respiratoria, etc) in modo da garantire il miglior recupero funzionale a soggetti colpiti da ictus, ai cardio operati, etc.

### ***C) Innovazione e sostenibilità***

L'innovazione tecnologica ed organizzativa è l'altro grande riferimento concettuale alla base del nuovo Piano Sanitario perché i cittadini umbri e più in generale tutti coloro che in Umbria vivono e lavorano hanno il diritto di ottenere dal Servizio Sanitario Regionale risposte avanzate in termini di conoscenze e tecnologie efficaci e le soluzioni organizzative più appropriate per far fronte ai bisogni di salute della comunità.

Ma l'innovazione va governata ed ha bisogno di scelte perché i cittadini possano beneficiarne in modo equo. In un momento in cui alcuni considerano la scienza come lo strumento per realizzare un progresso illimitato e la medicina come lo strumento per dominare la natura umana e in futuro per sconfiggere la morte, i benefici promessi dalla tecnologia sono nondimeno particolarmente costosi e non potranno essere estesi a tutti, mentre minacciano di sottrarre risorse all'assistenza di base e alla prevenzione, che, in termini di salute prodotta nella popolazione sono da preferire.

Si impongono quindi delle scelte sul piano della sostenibilità. Si tratta di un concetto che il Piano assume in una accezione diversa da quella corrente, che rimanda all'imperativo economico di "ridurre le spese".

Vi è in primo luogo la necessità di scegliere una medicina sostenibile, che, per essere tale dovrebbe avere tre caratteristiche:

- deve fornire ai membri della società un livello di assistenza medica e di sanità pubblica

sufficiente a garantire loro buone probabilità di completare il ciclo di vita e di possedere funzioni che garantiscano un livello dignitoso di competenza fisica e mentale;

- deve poter essere equamente distribuita senza sforzi eccessivi, cioè essere economicamente alla portata della società;
- con il finanziamento pubblico deve perseguire scopi sanitari finiti e stabili e avere aspirazioni definite di progresso e di innovazione tecnologica”.

In secondo luogo vi è il problema di inserire nel nostro servizio sanitario elementi di innovazione per garantire in Umbria risposte assistenziali già disponibili in altre Regioni, compatibilmente con i nostri bacini di utenza: saranno pertanto potenziate e qualificate le attività di cardiocirurgia, sperimentati i trapianti di cuore, messa a regime la rete oncologica regionale e potenziati i servizi ospedalieri di assistenza agli ictus.

In terzo luogo vi è il problema di attivare in Umbria linee di ricerca avanzata, d'intesa con l'Università di Perugia, individuando centri di eccellenza da inserire nella istituenda rete della ricerca scientifica europea, per materie che nel breve periodo consentiranno di mettere a disposizione dei cittadini risposte assistenziali in settori delicatissimi tra cui: la genetica applicata all'oncologia, la neuro rigenerazione tramite cellule staminali, nuove risposte terapeutiche nel settore della diabetologia.

Ma vi sono certamente altre aree in cui abbiamo validi professionisti in grado di partecipare allo sviluppo delle innovazioni di prospettiva del nostro servizio sanitario. E' questo uno dei principali e più stimolanti terreni di interazione con l'Università di Perugia,

Per una sanità di questo tipo occorrono risorse certe ed in linea con la spesa europea nel settore.

Siamo ancora lontani da tutto ciò: bisogna superare pregiudizi, sconfiggere egoismi, battersi per una società moderna e solidale.

L'Umbria non è lontana da questi obiettivi avendo già raggiunto risultati che tutti ci riconoscono.

Nella sanità si gioca una partita di civiltà e di cultura alla solidarietà che non possiamo perdere.

Operatori e cittadini insieme ad un rinnovato impegno politico, possono conquistare così il diritto alla salute verso il quale si indirizza con forza e decisione il nuovo Piano Sanitario Regionale.



## 2 IL SSR OGGI

### 2.1 Problemi di salute

#### 2.1.1 Previsioni demografiche

Le proiezioni demografiche per gli anni 2005 e 2010 indicano il prossimo triennio di Piano (2003-2005) come quello in cui la percentuale di ultra sessantacinquenni sulla popolazione regionale raggiungerà il massimo valore – da 22,33% a fine 2000 a 23,55% a fine 2005 – per poi mostrare una flessione fino a 23,41% nel 2010. In espansione anche il numero di ultraottantenni.

**Tab. 2.1: Popolazione residente per sesso e grandi classi di età al 2000\*, 2005\*\* e 2010\*\***

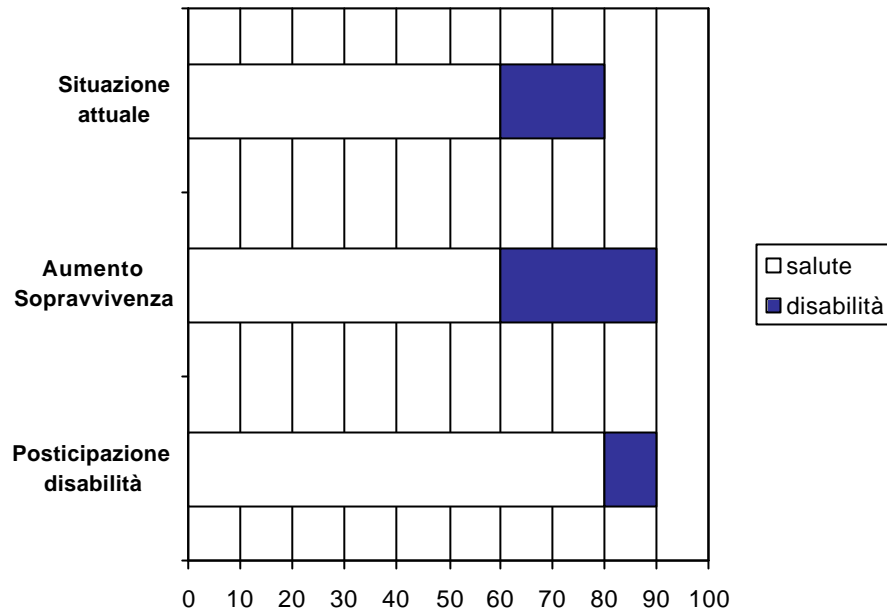
Classi di età	2000			2005			2010		
	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF
0-19	72970	68333	141303	77173	71034	148207	84006	73419	157425
20-39	118830	115645	234475	110327	107737	218064	100802	99901	200703
40-64	134958	138304	273262	141129	143332	284461	144824	149701	294525
65-79	63075	79104	142179	64930	77533	142463	62759	72208	134967
80 e oltre	15432	29039	44471	21009	37023	58032	24009	40539	64548
<b>Totale</b>	<b>405265</b>	<b>430425</b>	<b>835690</b>	<b>414568</b>	<b>436659</b>	<b>851227</b>	<b>416400</b>	<b>435768</b>	<b>852168</b>

\* Fonte: Sistema informativo sanitario regionale su base ISTAT

\*\* Fonte: Ufficio temporaneo supporto nucleo valutazione, Regione Umbria

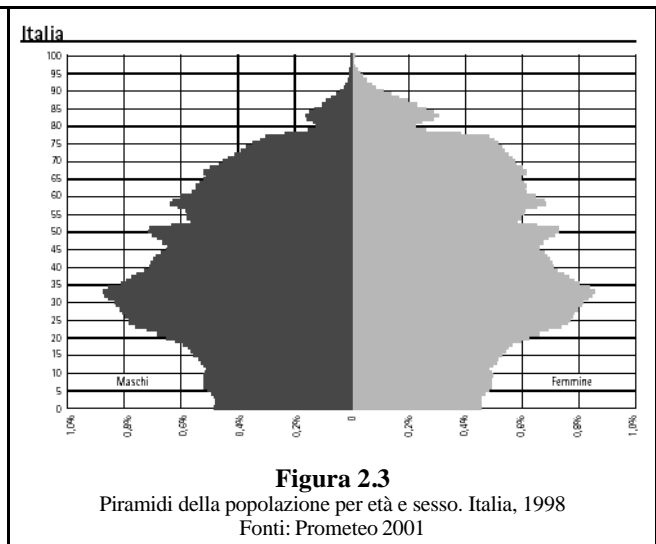
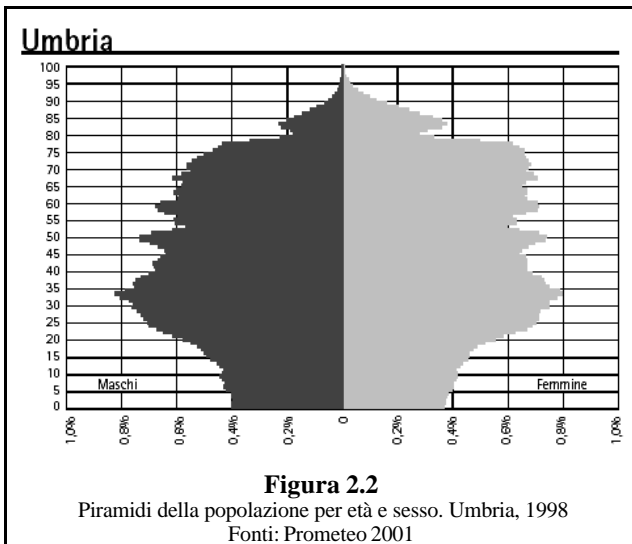
Queste proiezioni permettono di prefigurare alcuni scenari: potremmo avere una situazione in cui all'aumento della sopravvivenza non si associ una posticipazione dell'età di insorgenza della disabilità, il che finirebbe per aumentare gli anni vissuti in condizioni di disabilità e quindi il carico assistenziale dei servizi.

Un secondo scenario prevede invece che all'aumento della sopravvivenza si associ una posticipazione dell'età d'insorgenza della disabilità, ottenibile attraverso un approccio che punti alla "compressione della morbosità", un risultato che si può ottenere con opportune misure di promozione della salute, di prevenzione delle malattie e di qualificazione del servizio, in modo da ridurre il numero di anni vissuto in condizioni di disabilità rispetto al momento della morte, con un miglioramento della qualità della vita e un miglior controllo della spesa sanitaria per l'assistenza ai malati cronici.



**Fig. 2.1: relazioni tra sopravvivenza, anni vissuti con disabilità e compressione della morbosità.**

Quanto alla situazione attuale, la struttura per età della popolazione umbra evidenzia la prevalenza della popolazione anziana (con più di 64 anni di età) rispetto quella giovane (fino ai 14 anni): la prima rappresenta, infatti, il 21, 8% della popolazione contro il 12, 3 per 100 dei giovani; la popolazione appartenente alla classe di età 15-64 anni rappresenta invece il 65, 8%. Le piramidi per età regionale e nazionale fig. 2 e 3 permettono, nel confronto, di visualizzare immediatamente le differenze sopra richiamate.



A livello di AUSL, la quota maggiore di anziani è presente in quella di Foligno (23, 2% di popolazione anziana) e Terni (23,1 %), dove è anche presente il minor numero di giovani sotto i 15 anni, appena 11,3%; Perugia e Città di Castello sono le AUSL più giovani (12, 7 e 13% pop<15a).

Nelle USL di Foligno e Terni troviamo anche il valore più basso dell'indice di natalità, pari a 7, 2 per 1000 abitanti in entrambe, mentre Città di Castello e Perugia presentano valori superiori (8,1 la prima e 8,2 la seconda). Infine queste ultime due aziende USL si confermano tra le più fertili. In particolare Città di Castello ha il più elevato numero di bambini tra 0 e 4 anni per donna feconda: ben 21,1 per 1000, di poco di sotto della media nazionale pari a 21, 8. Quanto al numero medio di componenti la famiglia, abbiamo 2,7 componenti contro i 2,6 dell'Italia.

Per quanto riguarda il tasso migratorio le quattro ASL evidenziano tutte valori positivi, con un minimo di 3, 6 per 1000 abitanti a Terni ed un massimo di 6,4 in quella di Perugia.

## 2.1.2 Evidenze epidemiologiche

### A) Determinanti di salute

L'OMS ha individuato come determinanti di salute alcuni fattori, di seguito richiamati, ritenendoli strategici per le politiche di promozione della salute:

- la scala sociale, nel senso che molte malattie e cause di morte sono più comuni e più gravi quanto più si scende nella scala sociale e quindi quanto più questa è ampia;
- lo stress, perché le condizioni sociali ed economiche possono causare stress di lunga durata che, attraverso meccanismi neuro psico immunologici colpiscono i sistemi cardiovascolare e immunitario;
- l'infanzia, in quanto importanti determinanti della salute nell'età adulta sono basati sulla vita prenatale e sulla prima infanzia;
- l'esclusione sociale, poiché i processi di esclusione sociale e l'estensione della deprivazione relativa in una società hanno un forte impatto negativo sulla salute;
- il lavoro, perché lo stress nel luogo di lavoro aumenta il rischio di malattia;
- la disoccupazione, dato che un lavoro sicuro e di qualità incrementa la salute, il benessere e la soddisfazione di lavorare;
- il supporto sociale, in quanto la solidarietà, buone relazioni sociali e forti reti di supporto rafforzano la salute in casa, al lavoro e nella collettività;
- le sostanze voluttuarie, perché il loro uso è allo stesso tempo una risposta alle difficoltà di inserimento sociale e un importante fattore nell'ampliare le disuguaglianze nella salute;
- l'alimentazione dato che una buona dieta ed un'adeguata varietà di cibi di qualità sono centrali per promuovere la salute ed il benessere;
- i trasporti, in quanto un sistema di trasporti sano significa ridurre il numero di veicoli in circolazione e incoraggiare l'attività fisica e l'uso della bicicletta, basandosi su un sistema pubblico di trasporti migliore;
- l'ambiente, in quanto un ambiente non inquinato e salubre è determinante per la qualità della vita e la salute e rappresenta un debito verso le nuove generazioni.

### B) Fattori di rischio individuali<sup>1</sup>

Rispetto alle aree di intervento rilevanti per la prevenzione primaria e secondaria dei rischi individuali per la salute, i dati disponibili sono i seguenti:

---

<sup>1</sup> La connotazione di tutti questi fattori di rischio come individuali rimanda ad un dibattito mai risolto in cui si sono confrontati sostenitori della capacità e responsabilità individuale in relazione all'adozione di comportamenti noti per essere determinanti negativi della salute ed i sostenitori della forte relazione tra ambiente (cui non sarebbe estranea l'assordante effetto persuasivo delle offerte commerciali e degli stili di vita "a rischio") e comportamenti individuali, che non sarebbero mai tali in quanto assimilabili a risposte individuali a stress e condizionamenti ambientali.

*Fumo di tabacco*

In Umbria:

- la proporzione di fumatori (M+F) che nel 1993 era pari a 27,7% (vs. Italia 25,4%) ha subito un decremento fino al 1998 arrivando al 24,1% (vs. Italia 24,5%) per poi risalire nel 2000 al 26,4% (vs. Italia 24,9%);
- le fumatrici sono in proporzione maggiore rispetto al dato nazionale, al contrario dei maschi;
- nei maschi accade il contrario, ma soprattutto per le fasce d'età più anziane, mentre per i più giovani il dato umbro è sovrapponibile a quello nazionale: stiamo quindi perdendo un vantaggio che ci contraddistingueva negli anni passati.

*Diete incongrue*

Osservando l'evoluzione delle abitudini alimentari in Umbria:

- la proporzione di persone che nell'anno 2000 dichiarano di consumare almeno una volta il giorno rispettivamente, frutta (74,5%), verdura (45,8%) e ortaggi (37,2%) è di poco inferiore (circa 1%) alla media nazionale, mentre si osservano decrementi consistenti nella prevalenza di questi positivi consumi alimentari nel 2000 rispetto al 1998, in linea con le tendenze nazionali che appaiono però meno marcate. Ove confermato il dato deporrebbe per un negativo cambiamento delle abitudini alimentari nella nostra regione, almeno rispetto a queste importanti abitudini;
- la proporzione di persone che consumano pesce almeno una volta la settimana resta più bassa di circa 4 punti percentuali rispetto ai valori nazionali sia nel 1998 (46,5%) che nel 2000 (51,8%), pur mostrando un trend in aumento.

*Inattività fisica*

In Umbria la proporzione di persone dai 3 anni in poi che praticano sport è passata dal 26,6% (1995) al 30% (2000); nello stesso periodo però la proporzione di persone che praticano un'attività fisica qualsiasi (attività sportiva esclusa) è passata dal 35,3% al 31,2%. Quindi la prevalenza del fattore di rischio individuale "non praticare alcuna attività" è passata dal 37,8% al 38,4%. Usando invece come indicatore la proporzione di persone che praticano sport con continuità, l'Umbria nel 2000 si colloca vicino al dato medio nazionale: 19,3% contro 20%. Si considera che tali informazioni siano ancora molto povere per poter valutare la situazione attuale e definire obiettivi. Indagini campionarie mirate a definire la proporzione di persone che praticano un'attività fisica efficace ai fini preventivi andrebbero programmate con l'ISTAT.

*Sovrappeso ed obesità*

La proporzione di persone in sovrappeso è maggiore nei maschi (Umbria 1999 = 40%) che nelle femmine (25,7%) mentre la media nazionale è lievemente inferiore in tutti e due i sessi. Gli obesi maschi sono invece in proporzione (8,4% nel 1999) uguale a quella nazionale, mentre per le femmine (6,4% nel 1999) il dato è di due punti percentuali più basso.

Per quanto riguarda in particolare i bambini, a livello delle province di Perugia e Terni il sovrappeso si presenta in una proporzione pari a circa  $\frac{1}{4}$  -  $\frac{1}{3}$ , con una maggiore prevalenza nei maschi, mentre la prevalenza di obesi si colloca al di sotto del 10%, decresce con l'età ed è più marcata nei maschi. Le più alte prevalenze osservate nei soggetti più giovani potrebbero però preludere ad un aumento del fenomeno nelle coorti di adulti dei prossimi anni.

*Consumi medi di alcool ed altre sostanze psicotrope*

La tendenza del consumo delle bevande alcoliche nell'Italia centrale è simile al resto del Paese: si registra un andamento oscillante nella percentuale di consumatori di vino (60,6% nel 1993, 59,9% nel 1998, 62,4 nel 2000), una stabilizzazione tra i bevitori di birra (40,6 nel 1993, 46,4% nel 1998, 46,1% nel 2000) e un netto aumento dei consumatori di alcolici fuori pasto (18,9% nel 1993, 23,3% nel 1998, 26,5 nel 2000). La percentuale di non consumatori è scesa da 28,9 (1998) a 24,9% (2000).

I consumatori di vino in Umbria rappresentano il 62,4%, il 7,1% dichiara di consumare oltre mezzo litro di vino il giorno, mentre il 29,3 consuma tra 1 o 2 bicchieri giornalmente. In confronto all'Italia, l'Umbria

ha percentuali leggermente più elevate per quanto riguarda la quantità di consumo di vino giornaliero. Il consumo di birra si attesta intorno al 46,1%, il 4,2% consuma birra tutti i giorni; il 24,3% consuma birra più raramente. Le persone che consumano birra solo stagionalmente sono il 17,6%. Per il consumo di aperitivi e bevande alcoliche, l'Umbria ha una percentuale di consumatori di alcolici fuori pasto del 26,5%, percentuale più alta rispetto alla media dell'Italia Centrale (21,7%). Il crescente consumo di alcool desta serie preoccupazioni sia dal punto di vista sanitario che sociale. Uno dei problemi che riguarda particolarmente i giovani è quello della guida, sia di automobili che di motociclette, sotto l'effetto dell'alcool. Altro problema è quello del consumo di alcool in occasione di feste tra minorenni, che si svolgono al di fuori dell'ambiente familiare, dove l'alcool è spesso associato a sostanze stupefacenti.

Secondo l'Osservatorio Europeo sulle politiche per le Dipendenze, gli assuntori di **sostanze psicotrope per via iniettabile** oscillerebbero intorno al 5 per mille della popolazione residente, con una stima di circa 3500 - 5500 assuntori in Umbria, con una maggiore esposizione al rischio di contrarre malattie infettive (HIV, Epatiti B e C), avere decessi per overdose e subire processi di esclusione sociale.

*Mancata adesione ai programmi di screening per il carcinoma della mammella e della cervice.*

Nel periodo antecedente l'avvio dei programmi di screening regionali, l'ISTAT ha divulgato (1994) alcune rilevazioni concernenti l'accesso spontaneo: la nostra regione presentava una buona adesione spontanea alla mammografia, ma spostata verso un'età inappropriata, quella giovanile, e scarsa tra le donne più anziane. Inoltre, presentava un rischio quattro volte maggiore di non adesione tra le meno istruite rispetto alle più istruite, dato forse enfatizzato dalla diversa distribuzione per età dell'istruzione. Per quanto riguardava il pap-test, la nostra regione presentava una buona adesione spontanea, anche se non sufficiente tra le più giovani. Inoltre, presentava un rischio quasi 3 volte maggiore di non adesione tra le meno istruite rispetto alle più istruite.

L'adesione allo screening mammografico avviato nel 1999 ha registrato, le seguenti proporzioni:

**Tabella 2.2:** Indicatori di adesione allo screening mammografico a fine 2001.

Azienda	% Pop. invitata	% adesione inviti	% non aderenti sollecitate	% adesioni sollec.	% Ad. Totale	Copertura	% Richiami Il livello	Tasso di identificazione x 1000
USL 1	79	55,4			<b>55,4</b>	60,3	8,0	30,5
USL 2	88,7	55,7	42,2	27,4	<b>60,8</b>	58,2	6,6	n.r.
USL 3	84,1	66,4	14,2	22,3	<b>67,5</b>	63,2	5,9	n.r.
USL 4	74,3	71	39	30,5	<b>74,4</b>	67,4	1,8	6,4
<b>Totale</b>	<b>82,5</b>	<b>61,7</b>	<b>30,8</b>	<b>27,7</b>	<b>64,9</b>	<b>62</b>	<b>5,2</b>	<b>5,7</b>

In assenza della proporzione di adesioni concernente lo screening per il cr. della cervice (iniziato nel 1999 e che prevede round triennali), dobbiamo per il momento fare riferimento ad una indagine ISTAT riferita al biennio 1999-2000, quando i programmi di screening erano già partiti, dove, a fronte di una percentuale di donne di 25 anni e più sottoposte a pap test senza presenza di sintomi pari in Italia al 60,8%, il Centro Italia si collocava al 67,1 e l'Umbria al 63,5%.

*Mancata adesione ai programmi vaccinare previsti dalla vigente normativa.*

Le percentuali di vaccinati nel 2000 rispetto alle popolazioni bersaglio sono in Umbria in genere molto alte (> 95,6%) per le vaccinazioni obbligatorie (tetano, polio, difterite) e per l'epatite B (> 96,3%) mentre per morbillo, parotite e rosolia le ASL 1 e 4 si collocano sopra l'88%, mentre più basse sono le percentuali nella ASL 2 (76%) e nella ASL 3 (80%).

*Mancato uso del profilattico nei rapporti occasionali.*

Tale comportamento a rischio è descritto e sviluppato nella azione di Piano “Prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili”.

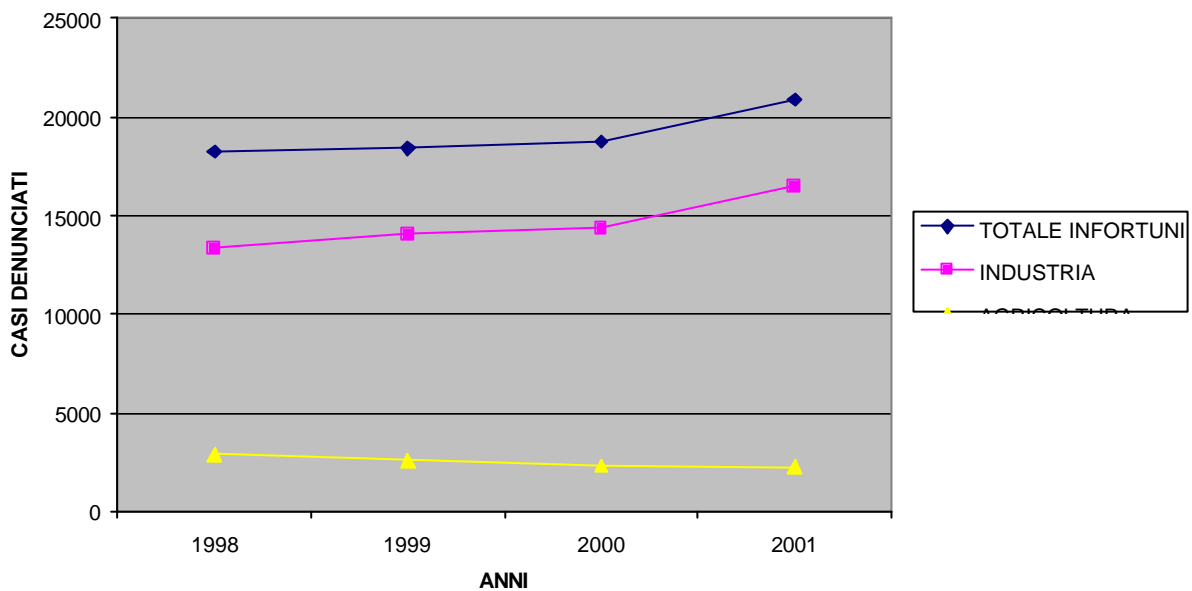
*Mancato controllo di ipertensione, dislipidemie, sovrappeso ed obesità;*

Tale comportamento a rischio è descritto e sviluppato nella azione di Piano “Lotta alle vasculopatie”.

## C) Rischi da attività lavorative

<anche se i dati sul fenomeno infortunistico presentano limiti di completezza e mancano spesso di appropriati denominatori, essi costituiscono una base importante sulla quale compiere un'analisi ed effettuare delle riflessioni.

Fig. 2.4: INFORTUNI IN UMBRIA ANDAMENTO 98-01



Il trend complessivo del numero assoluto di infortuni mostra un incremento progressivo negli ultimi 4 anni; in realtà tale incremento va collegato all'espansione delle attività produttive che all'interno della gestione industria è stato registrato nel comparto costruzioni: secondo i dati sulle ore lavorate forniti dalle Casse Edili della Provincia di Perugia e Terni, nella prima per gli anni 2000/2002 queste risultano pari a 16.117.572 (con un incremento del 108,3% rispetto al 1996-97), mentre a Terni l'incremento è stato più contenuto e comunque pari al 4,9%.

Quanto alla diminuzione nella gestione agricoltura, non è facile stabilire in quale misura esso sia da attribuire ad un'oggettiva riduzione del fenomeno infortunistico e in quale misura esso sia, invece, conseguenza di una diversa gestione degli aspetti assicurativi (limiti di età degli assicurati, riduzione degli addetti, diversi criteri di assicurabilità ecc.). Questo settore merita uno studio a parte, anche in relazione alla necessità di acquisire una variabile importante nello studio delle dinamiche che è la "lavorazione agricola" nella quale si è verificato l'evento; a quanto detto occorre aggiungere che almeno parte dell'aumento delle denunce di infortunio è da mettere in relazione con l'ampliamento della platea degli assicurati conseguente al D.lg. N°38 del 2000.

In relazione all'assetto produttivo della regione, nonché alle dimensioni delle Az. USL, nella Az. USL2 si concentra oltre il quaranta per cento degli infortuni dell'industria e quasi un terzo di quelli dell'agricoltura.

L'analisi per comparto, nell'ambito della gestione industria, mostra un peso determinante delle costruzioni, collegato con l'incremento di attività nella ricostruzione post sisma; segue "commercio ingrosso e dettaglio e riparazione auto e moto e beni per la casa", ancora "produzione metallo e fabbricazione prodotti in metallo", quindi il comparto "trasporti e magazzinaggio e comunicazioni".

Lo studio della variabile sesso mostra una marcata prevalenza del sesso maschile; il divario si riduce nei comparti "istruzione e pubblica amministrazione" mentre l'inversione del rapporto si osserva solo nella "sanità e servizi sociali" e "tessile ed abbigliamento".

La durata media degli infortuni è di quindici giorni: i valori più alti si registrano, nel 2001, nel comparto "fabbricazione coke, raffinerie di petroli, combustibili nucleari", seguito dal "legno", "cartarie", ma il totale dei giorni persi (infortuni per durata media) vede il comparto delle costruzioni al primo posto sia nel 2000 che nel 2001.

L'analisi dei dati nelle singole Az. USL mostra poche significative differenze rispetto all'andamento generale; la Az. USL1 si caratterizza per un peso rilevante degli infortuni agricoli che supera di gran lunga la media regionale e che, considerando il numero complessivo di giornate perse costituiscono il 23% del totale e quasi il doppio delle costruzioni.

## D) Rischi da incidenti da traffico

Nei paesi sviluppati ognuno di noi ha circa una probabilità su cento di morire per incidente stradale ed uno su tre di noi sarà ferito in un incidente stradale.

I dati sulla pericolosità della rete stradale italiana riportano nell'anno 2000 situazioni di particolare rischio per 2 strade umbre: la SS 75 centrale umbra ed il raccordo Perugia-Bettolle. La SS 75 è passata dal 24° al 10° posto dal 1997 al 2000 (2,4 incidenti per km, contro un valore medio nazionale di 0,42 incidenti/km), mentre in questi stessi anni, tra i raccordi stradali italiani, la Perugia-Bettolle è tra i primi 5 raccordi nazionali a maggior rischio d'incidente (0,83 incidenti per KM).

Secondo il vigente sistema informativo sugli incidenti stradali - ISTAT ACI - <sup>1</sup>gli scorretti comportamenti di guida del conducente rappresentano il principale fattore di rischio sia per numero di incidenti che per la gravità dei loro esiti: così nell'anno 2000, a questi attribuiti il 77% degli incidenti stradali; all'interno di tale percentuale la *guida distratta e l'andamento indeciso* sono le circostanze più frequenti (20%), seguite dall'eccesso di velocità (11,9%) e dal mancato rispetto della distanza di sicurezza (11,1%). I comportamenti di guida del conducente determinerebbero così, anche in valore assoluto, il maggior numero di morti (67,8%) e di feriti (77,7%); tra le tipologie di incidente più pericolose, anche se meno frequenti, presentano il valore massimo di indice di mortalità, la guida contromano (7,2 morti/100 incidenti), l'eccesso di velocità (5,1 morti/100 incidenti) e l'attraversamento irregolare della strada da parte dei pedoni (5,0 morti/100 incidenti).

---

<sup>1</sup> Questo sistema informativo è fortemente improntato da una concezione assicurativa nella definizione delle cause, imputando così un ruolo predominante ai comportamenti individuali che rappresentano la causa ultima dell'evento. Autorevoli autori sostengono che "miglioramenti in questo settore non verranno tanto dall'educazione dei pedoni alla sicurezza stradale, ma da un cambiamento complessivo, in quanto è necessario ripensare le strade e le auto e passare dall'uso della macchina agli spostamenti a piedi, in bicicletta e con i mezzi pubblici. Questo è un grande, ma largamente ignorato, compito della sanità pubblica". Se gli incidenti stradali sono in primo luogo determinati dal modello dei trasporti che un Paese adotta e preso atto che in Italia non vi sono politiche volte a diminuire apprezzabilmente l'uso del trasporto su gomma, il numero di veicoli circolanti e ad aumentare la disponibilità di mezzi di trasporto collettivo - aspetti sviluppati nella sezione 5 del PSR - vanno ricordate le forti evidenze relative all'impatto che una corretta normativa statale relativa al controllo della velocità, al contenimento del traffico ed a dispositivi aggiuntivi di sicurezza negli autoveicoli comportano sulla riduzione delle morti da incidenti (O'NeilB, Mohan D, 2002).

Quanto all'utilizzo dei dispositivi di sicurezza dai dati più recenti del sistema di monitoraggio "Ulisse" risulta che in Italia l'uso della cintura di sicurezza è complessivamente piuttosto basso (30%) rispetto agli altri paesi europei (75%). In Umbria l'utilizzo medio è pari al 24% con differenze territoriali tra la provincia di Terni (29,8%) e di Perugia (21%). Notevoli differenze si riscontrano nell'uso in aree urbane rispetto alle aree extraurbane per l'errata convinzione di utilità della cintura solo su lunghe percorrenze (anche in Umbria il 65% degli incidenti stradali avvengono sulle strade urbane). Migliore è la situazione per l'uso del casco a livello nazionale (80%) e umbro (94%).

Alle circostanze riferibili allo stato psicofisico del conducente sono riconducibili il 2,4% degli incidenti avvenuti nell'anno 2000 (1,6% dovuti ad ebbrezza d'alcol e 0,8% dovuti all'assunzione di altre sostanze). Gli incidenti dovuti a stato psico-fisico alterato sono responsabili, nello stesso anno, del 5,5 % dei morti (il 4,1 dovuto ad assunzione di sostanze diverse dall'alcol) e del 2,5% dei feriti. Tuttavia tale aspetto non va sottovalutato perché gli incidenti causati da stato psicofisico alterato hanno determinato un indice di mortalità di 7 morti ogni 100 incidenti (ISTAT-ACI). Dati sulla proporzione di persone alla guida sotto effetto dell'alcol e/o di altre sostanze psicotrope non sono disponibili per la nostra Regione.

## **E) Disagio, emarginazione, esclusione**

Dal punto di vista della struttura sociale i cambiamenti in Umbria riguardano sia la sua differenziazione, sia la rapidità delle trasformazioni che l'hanno attraversata. Con il primo termine s'intende la moltiplicazione in più sotto sistemi di un sistema originario: in tal senso a tradizionali differenze si sono sostituite o aggiunte nuove segmentazioni, rendendo più complessa la società umbra. Il moltiplicarsi di differenze può significare una maggiore ricchezza di identità collettive e individuali; ma, in carenza di un'adeguata mediazione politica, può anche tradursi in varie forme di disuguaglianza e di esclusione. In effetti, il tessuto sociale della nostra Regione non presenta profonde lacerazioni, anche se alcune "sfilacciate" segnano punti di debolezza e prefigurano emergenze da prevenire in tempo.

Una prima emergenza, in passato forse sottovalutata, è costituita dall'invecchiamento; per l'effetto combinato di questa tendenza demografica e della scolarizzazione, prossimamente si affermerà in Umbria una nuova generazione di anziani, culturalmente e biograficamente molto diversa dall'attuale "terza età": ciò potrà comportare una domanda sociale più esigente e assai diversa da quella attuale. Già ora la presenza sempre più consistente di anziani, spesso non autosufficienti, "stressa" ulteriormente il lavoro di cura che la famiglia umbra sta svolgendo – con crescente fatica – nei confronti dei soggetti più deboli. Certamente la famiglia umbra può contare su un sistema di servizi pubblici migliore di quello presente in molte altre regioni; inoltre sono ancora estese e vitali le reti di solidarietà informale della "famiglia estesa modificata": questa ultima costituisce un'evoluzione della famiglia tradizionale-rurale e si caratterizza per il "modello di convivenza con intimità a distanza", ossia per il flusso continuo di affetti, per gli scambi di aiuto e di risorse fra nuclei familiari che hanno la medesima origine ma non coabitano. Alcuni segnali – per esempio relativi al "disagio dei normali", alla litigiosità intrafamiliare e alla devianza minorile – costituiscono i primi sintomi di un "inceppamento" dei meccanismi di integrazione sociale familiare.

Un'altra importante area di bisogno è rappresentata dalla cosiddetta immigrazione extra-comunitaria, un fenomeno recente, più consistente in Umbria che altrove, anche se in ogni modo di dimensioni minori rispetto all'allarme sociale che suscita. In base ai dati ISTAT, gli stranieri in Umbria sono il 3,5% di tutta la popolazione (Italia 2,5%) e sono composti per l'88% dagli "extra-comunitari" (Italia 89,5%). Secondo una stima del Ministero dell'Interno, gli irregolari costituiscono il 14,9% degli immigrati nella provincia di Perugia ed il 12% in quella di Terni. Si



tratta di una componente a forte rischio di esclusione sociale e di marginalità, ma tutelata almeno nell'ambito della salute, potendo infatti usufruire dei servizi sanitari pubblici. Per quanto se ne possa sapere, sembra però che fra gli irregolari non sia ancora adeguatamente diffusa l'informazione sulle opportunità d'assistenza e che alcuni potenziali utenti evitino di recarsi ai servizi sanitari nel timore di "essere scoperti".

In tema d'esclusione sociale è inevitabile un breve riferimento al "disagio" dei minori. La situazione discreta delle famiglie, la buona qualità dell'organizzazione pre-scolare e scolare costituiscono motivi di conforto. Altri dati, invece, sono più inquietanti: a parte la diffusione delle dipendenze, che è già ora consistente, altri fenomeni preoccupano non per la loro estensione, ma per l'incremento subito: ci riferiamo alla criminalità minorile, alle violenze subite dai minori e all'abbandono scolastico, forse sottovalutato. Ciò che, per certi versi, dovrebbe più preoccupare è la difficoltà – crescente in genitori, educatori, operatori - a cogliere i segnali del disagio psico-fisico nelle nuove generazioni: i processi di differenziazione moltiplicano e diversificano anche le modalità d'espressione, sicché i giovani presentano sintomi e si esprimono in codici che gli adulti decodificano a stento, con conseguenze negative per la prevenzione e per il recupero.

Oltre alle differenze fra generazioni o fra immigrati e autoctoni, occorre considerare anche la pluralità di realtà territoriali che, per ragioni storiche e morfologiche, presentano gradi differenti di sviluppo economico e sociale. L'Osservatorio Regionale sulle Povertà ha considerato un ampio paniere d'indicatori, alcuni dei quali concernenti la qualità della vita, al benessere, etc. (Osservatorio sulle povertà in Umbria 1997). I dati raccolti mostrano una duplice contraddizione territoriale. La prima riguarda le città più grandi, le quali presentano il più alto livello di benessere, ma anche un forte tasso di disoccupazione. Inoltre, per alcuni centri minori si ha l'impressione che laddove vi siano maggiori bisogni, siano disponibili minori risorse. Dietro a questa diversa dislocazione di risorse e d'opportunità, probabilmente si celano diversità di modelli, storie differenti, che hanno organizzato in maniera diversa i servizi.

Un ultimo aspetto dell'esclusione concerne le povertà, che assumono molti profili, ma fra i quali spicca innanzitutto la dimensione economica. In base ai dati sui consumi delle famiglie e secondo le stime dell'Osservatorio sulle povertà (2001), in Umbria dal 1987 al 1996 le famiglie povere sono scese dal 16,7% al 5,3%; in termini assoluti da 48mila a 15mila. Poiché l'ISTAT ha mutato alcuni criteri metodologici, non è possibile proseguire questa serie storica, comparando gli anni successivi. Secondo i nuovi criteri, nel 1997 le famiglie povere sono 20mila, di cui 9mila molto povere, mentre altre 43mila si trovano a rischio di povertà. In tutto, circa 110mila umbri possono essere definiti poveri o immediatamente prossimi alla soglia di povertà.

Per gli anni successivi l'Osservatorio non ha ancora pubblicato i dati concernenti l'Umbria. Quelli sull'Italia Centrale si presentano in contro-tendenza rispetto alle altre aree geografiche. Infatti mentre altrove la povertà sembra diminuire, aumenta invece nel Centro: infatti le famiglie povere erano il 6% nel 1997 ed il 9,7% nel 2000.

Quanto alla condizione di chi versa in forme di povertà estrema, i dati sugli utenti della Caritas offrono un utile "spaccato". Chi si trova in una situazione così grave, di solito è maschio, abbastanza giovane, immigrato, con scolarizzazione medio-alta, senza dimora stabile. Rispetto a queste caratteristiche prevalenti, si riscontrano molte eccezioni: è, infatti, assai consistente la quota di italiani; inoltre i tradizionali meccanismi di prevenzione della povertà (p. es. scuola o lavoro) ora non sembrano più sufficienti; infine si assiste ad una "femminilizzazione" della povertà, per l'incremento delle donne bisognose di aiuto.

Fra le molte richieste di aiuto, sono quasi assenti (4%) quelle attinenti ad interventi sanitari; ciò costituisce un indizio significativo sulla capacità dei servizi di raggiungere anche le fasce marginali (forse con qualche eccezione: alcuni immigrati irregolari, i "senza fissa dimora", ecc). Fra tutti i bisogni impliciti - non espressi, ma in ogni modo rilevati - il 9,5% è costituito dal disagio psichico e il 4,4% dalle dipendenze.

Come premesso, il mutamento in Umbria non si caratterizza solo per la differenziazione, ma anche per la velocità delle trasformazioni. Un ritmo particolarmente elevato – nella struttura economica, così come nei modelli culturali e negli “stili di vita” – può causare nei soggetti più deboli la perdita di riferimenti e di identità. La loro carenza può essere considerata una forma di povertà immateriale che dà luogo anche agli esiti più gravi.

Secondo una consolidata letteratura sociologica, il tasso di suicidio costituisce un valido indicatore di questo stato di “anomia”. I dati relativi all’Umbria (assunti con le cautele metodologiche relative alla distorsione possibile quando si analizza il fenomeno a partire dalle statistiche disponibili) ci pongono fra i primi posti, comunque sempre sopra la media nazionale, del Centro-Nord e del Sud. Ad esempio, nel 2000 il tasso di suicidio in Italia era il 6,9, mentre in Umbria il 9,7. A togliersi la vita sono soprattutto gli anziani. Usualmente ciò è imputato ad uno stato di abbandono e di solitudine che è senz’altro presente, ma che non è tanto diffuso, grazie alla presenza delle reti di sostegno informale richiamate nelle pagine precedenti. In tal senso l’ipotesi della “anomia” sembra più convincente.

Un altro esempio di povertà immateriale concerne i giovani: «la povertà immateriale riguarda anche le opportunità di conoscenza e di relazione che il giovane può mutuare attraverso la mediazione delle principali agenzie di socializzazione, come la famiglia e la scuola» (Osservatorio sulle povertà 2001). Secondo alcune prime rilevazioni dell’Osservatorio, anche fra i giovani umbri è abbastanza diffusa questa povertà che si delinea come mancanza di progettualità e di riferimenti valoriali, incapacità di orientamento, mancanza o rifiuto di regole relazionali, basso grado di autostima, deprivazione cognitiva e scarsa propensione all’investimento in cultura e formazione.

L’insieme di tutti questi fattori qui sommariamente richiamati – materiali e immateriali, tradizionali e nuovi, latenti e conclamati – si cumulano e si combinano in maniera diversa, dando origine a differenti profili di esclusione e a variegate carriere di povertà.

## **F) Morbosità e disabilità**

Un primo elemento da richiamare è il prevalere di uno scenario epidemiologico in cui le malattie croniche degenerative sono e saranno il principale determinante dei danni alla salute per le nostre popolazioni. Già oggi l’analisi del carico globale di malattie indica come i più rilevanti problemi di morbosità derivino da: cardiopatia coronaria, ipertensione, patologie cerebrovascolari, tumori, diabete, artrite, osteoporosi, insufficienza polmonare, demenza, schizofrenia, depressione.

Per molte di queste patologie si assiste già oggi ad una posticipazione dell’età di insorgenza e ad una riduzione sia della disabilità residua che della sopravvivenza una volta che si siano determinate: strategie specifiche sono quindi adottabili e adottate e, pur tuttavia, migliorabili.

### **F.1.) Patologie tumorali**

Frutto di un meticoloso e costante lavoro di raccolta ed analisi da parte del Registro Tumori Umbro di Popolazione, la situazione relativa alla morbosità da patologia tumorale è descritta nelle tabelle 2, 3 e 4 dove sono riportati i dati di incidenza, mortalità<sup>1</sup> e sopravvivenza relativa nei due sessi confrontati per i periodi 1978-82 e 1994-96.

Le tre tabelle nel complesso evidenziano che, a fronte di un aumento consistente della incidenza dei tumori maligni, si registra una lieve diminuzione della mortalità standardizzata (che è comunque

---

<sup>1</sup> I dati di mortalità per i tumori vengono qui riportati al fine di favorire una visione generale complessiva dell’andamento e del controllo della patologia tumorale.

inferiore a quella nazionale – vedi tab. 2 x) cui si accompagna un consistente e diffuso aumento della sopravvivenza relativa a cinque anni dalla diagnosi.

**Tabella 1.3: tassi standardizzati (Umbria 1991) di incidenza per tumori maligni in Umbria. Confronto 1978-82 e 1994-98.**

ICD-IX SEDE	MASCHI			FEMMINE		
	1978-1982	1994-1998	Var %	1978-1982	1994-1998	Var %
151 STOMACO	66,8	60,1	-10,0	35,5	28,6	-19,4
153 COLON	35,4	57,2	61,6	29,2	38,8	32,9
154 RETTO	31,6	37,0	17,1	15,2	21,7	42,8
155 FEGATO	15,2	23,4	53,9	11,2	8,4	-25,0
157 PANCREAS	14,0	14,4	2,9	8,8	10,2	15,9
161 LARINGE	21,3	16,5	-22,5	1,1	0,7	-36,4
162 POLMONE	80,6	103,8	28,8	10,6	17,8	67,9
172 PELLE (MELANOMI)	4,9	7,2	46,9	3,8	7,9	107,9
174 MAMMELLA (FEMMINE)				91,1	111,2	22,1
180 COLLO DELL'UTERO				13,6	8,3	-39,0
185 PROSTATA	43,6	98,3	125,5			
201 LINFOMA DI HODGKIN	5,9	3,0	-49,2	4,8	2,3	-52,1
204 LEUCEMIA LINFATICA	8,4	10,1	20,2	4,3	5,4	25,6
205 LEUCEMIA MIELOIDE	6,1	9,8	60,7	3,8	4,9	28,9
TUTTE LE SEDI	536,5	754,2	40,6	372,1	452,4	21,6

Relativamente alle patologie più frequenti ed a quelle prevenibili si rileva che:

a)

*nei maschi:*

- le prime tre sedi per incidenza sono rappresentate nel '94-98 da polmone, prostata e stomaco;
- il tumore del polmone continua a crescere come incidenza e mortalità standardizzata, mentre mostra un lieve incremento nella sopravvivenza, continuando a rappresentare il più grande problema di salute nel campo oncologico per la sanità pubblica umbra;
- il tumore della prostata ha avuto un forte aumento di incidenza, un lieve aumento di mortalità ed un forte aumento di sopravvivenza, dati che vanno interpretati alla luce delle conoscenze sulla storia naturale di questa patologia, frequente come reperto autoptico e come forma torpida;
- il tumore dello stomaco mostra una lieve riduzione di incidenza, una più consistente riduzione di mortalità con un guadagno sensibile nella sopravvivenza relativa, registrate a fronte di conoscenze ancora poco chiare sui determinanti di questa malattia;
- tra le altre sedi va rilevata la crescente rilevanza del tumore del colon (per incidenza e mortalità, cui si affiancano incoraggianti miglioramenti nella sopravvivenza relativa) e del carcinoma epatico che a fronte di incidenza e mortalità in crescita (con una quota consistente di patologia prevenibile perché di genesi infettiva) presenta una delle sopravvivenza più basse tra tutte le sedi.

**Tabella 2.4 Tassi standardizzati (Italia 1991) di mortalità per tumori maligni in Umbria. Confronto 1978-82 e 1994-95.**

ICD-IX SEDE	MASCHI			FEMMINE		
	1978-1982	1994-1998	Var %	1978-1982	1994-1998	Var %
151 STOMACO	57,3	41,6	-27,4	29,8	19,5	-34,6
153 COLON	20,6	27,8	35,0	15,6	17,2	10,3
154 RETTO	16,8	11,9	-29,2	7,3	6,2	-15,1
155 FEGATO	13,8	20,5	48,6	10,5	8,4	-20,0
157 PANCREAS	13,4	13,5	0,7	7,9	10,1	27,8
161 LARINGE	11,7	7,1	-39,3	0,6	0,2	-66,7
162 POLMONE	73,2	91,3	24,7	8,8	13,8	56,8
172 PELLE (MELANOMI)	1,2	2,6	116,7	0,9	1,6	77,8
174 MAMMELLA (FEMMINE)				31,0	31,5	1,6
180 COLLO DELL'UTERO				1,3	1,7	30,8
185 PROSTATA	34,9	33,0	-5,4			
201 LINFOMA DI HODGKIN	2,8	0,9	-67,9	2,0	0,6	-70,0
204 LEUCEMIA LINFATICA	3,9	4,0	2,6	1,2	2,5	108,3
205 LEUCEMIA MIELOIDE	4,7	6,7	42,6	3,2	3,4	6,2
TUTTE LE SEDI	352,6	355,6	0,9	194,2	183,7	-5,4

**b) nelle femmine:**

- le prime tre sedi per incidenza sono nel '94-98 mammella, colon e stomaco;
- il cancro della mammella cresce in incidenza più che in mortalità e dimostra la migliore sopravvivenza relativa tra tutte le sedi tumorali (86%);
- il colon vede aumentare l'incidenza, ma non la mortalità e raggiunge una sopravvivenza relativa pari al 60%, del tutto sovrapponibile a quella dei maschi;
- lo stomaco anche nelle donne ha un'incidenza e mortalità in decremento pur presentando tassi standardizzati che sono la metà circa di quelli maschili, mentre la sopravvivenza relativa è analoga;
- infine la cervice dimostra una riduzione di incidenza che non intacca la mortalità<sup>1</sup> (che anzi aumenta) a fronte di una sopravvivenza elevata anche nel '78-82.

La ricchezza di queste informazioni, rimanda alla necessità di attivare più idonee modalità di confronto ed interazione tra RTUP, Dipartimento di Prevenzione, servizi di prevenzione secondaria (screening) e servizi di assistenza oncologica.

Se si guarda in particolare ai tumori della mammella e del collo dell'utero, si vede come abbiamo i dati per verificare nel futuro l'impatto preventivo nel concreto dei programmi di screening avviati, anche se già oggi si evidenziano dati positivi: la sopravvivenza percentuale relativa a cinque anni nei casi di tumore della mammella, nelle aree coperte da registri è in media dell'81%, mentre in Umbria si arriva all'86%; la sopravvivenza percentuale relativa a cinque anni nei casi di tumore del collo dell'utero, nelle aree coperte da registri è in media del 64%, mentre in Umbria si arriva al 68%.

○

<sup>1</sup> L'aumento della mortalità in Umbria per cr della cervice nei periodi osservati è verosimilmente da attribuire ad un miglioramento della codifica dei dati di mortalità, in quanto nel 1978-82 molti casi venivano attribuiti al carcinoma dell'utero senza ulteriori specificazioni.

**Tabella 2.5: sopravvivenza relativa a cinque anni (%) per alcune sedi tumorali in Umbria. Confronto tra i casi incidenti nei periodi 1978-82 e 1994-96.**

ICD-IX SEDE	MASCHI			FEMMINE		
	1978-1982	1994-1996	Var %	1978-1982	1994-1996	Var %
151 STOMACO	25	35	40,0	28	34	21,4
153 COLON	49	59	20,4	54	61	13,0
154 RETTO	48	60	25,0	55	59	7,3
155 FEGATO	1	9	800,0	1	10	900,0
157 PANCREAS	0	4		3	5	66,7
161 LARINGE	63	70	11,1	73		-100,0
162 POLMONE	11	15	36,4	20	18	-10,0
172 PELLE (MELANOMI)	60	58	-3,3	61	81	32,8
174 MAMMELLA (FEMMINE)				71	86	21,1
180 COLLO DELL'UTERO				63	68	7,9
185 PROSTATA	39	71	82,1			
204 LEUCEMIA LINFATICA	46	60	30,4	51	64	25,5
205 LEUCEMIA MIELOIDE	19	25	31,6	6	27	350,0

Sempre in relazione ai tumori va considerato che oramai emergono evidenze di impatto positivo sulla salute derivante dallo screening del carcinoma del colon retto.

## F.2) Disabilità e invalidità.

La disabilità è definita come la presenza di almeno di una tra le tipologie di disabilità intese come limitazione nelle Attività della vita quotidiana (ADL) <sup>1</sup>.

La stima relativa agli anni 1999-2000 indica la presenza di oltre 2.615.000 persone disabili in Italia, pari al 48,5 per mille della popolazione di 6 anni e più che vive in famiglia<sup>2</sup>. Analizzando le principali caratteristiche strutturali del fenomeno emergono due aspetti essenziali:

- o il prevalere degli anziani tra i disabili (circa due milioni), dove la perdita di autonomia funzionale sopra i 65 anni riguarda quasi un anziano su cinque e diviene ancor più marcata nella “quarta età”
- o la differenza di genere piuttosto marcata con uno svantaggio per le donne (circa 1.700.000 le donne disabili e poco meno di 900.000 gli uomini).

Per quanto riguarda l’**Umbria**, dalla tab. 5 risulta che il numero delle persone disabili è pari al 51 per 1000 persone della stessa zona e con quozienti standardizzati per età. Altro dato è costituito dalla invalidità (tab. 6) che non coincide necessariamente con la disabilità in quanto non tutte le persone disabili hanno il riconoscimento di invalidità.

**Tabella 2.6:** Persone di 6 anni e più disabili – tassi grezzi per 1000 abitanti – 1999-2000.

	Disabili	Tipo di disabilità			
		Confinamento individuale	Disabilità nelle funzioni	Difficoltà nel movimento	Difficoltà vista udito e parola

<sup>1</sup> Attività della Vita Quotidiana. Con riferimento all’indagine ISTAT “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”, le ADL sono una batteria di quesiti finalizzati a misurare la presenza di disabilità. I quesiti riguardano: costrizione a letto, su una sedia, in casa, autonomia nel camminare, nel salire le scale, nel chinarsi, nel coricarsi, nel sedersi, vestirsi, lavarsi, fare il bagno, mangiare, sentire, vedere, parlare. Da tale batteria di quesiti è possibile, inoltre, identificare 4 tipologie di disabilità: confinamento individuale (costrizione a letto, su una sedia non a rotelle o in casa), disabilità nelle funzioni (difficoltà nel vestirsi, nel lavarsi, nel fare il bagno, nel mangiare), disabilità nel movimento (difficoltà nel camminare, nel salire le scale, nel chinarsi, nel coricarsi, nel sedersi), disabilità sensoriali (difficoltà a sentire, vedere o parlare).

<sup>2</sup> La stima esclude pertanto i bambini nella fascia di età della prima infanzia e le persone che vivono stabilmente in istituti residenziali.

Umbria	51,0	20,6	34,3	25,4	14,5
Italia	48,5	21,4	28,8	22,3	11,1

Come si vede il dato è superiore alla media italiana, nel complesso ed in particolare in alcune sue componenti. Ciò, come carico assistenziale è sicuramente un elemento da tenere in conto rispetto alla questione dei finanziamenti.

**Tabella 2.7:** Persone invalide – tassi grezzi per 1000 abitanti – 1999-2000

	Invalità motorie	Insufficienza mentale	Cecità	Sordomutismo	Sordità
Umbria	24,6	10,2	9,0	0,4	24,8
Italia	24,7	8,2	6,1	1,6	15,2

Anche per l'invalità il dato regionale è superiore alla media nazionale, soprattutto per quei tipi di invalidità che possiamo immaginare più collegati alla vecchiaia.

Se però usiamo per i confronti i tassi standardizzati per età, forniti dallo stesso Istituto, abbiamo una situazione differente, in quanto l'Umbria si attesta sul 40,9 per mille contro il 48,5 dell'Italia per la disabilità, mentre per l'invalità i tassi sono rispettivamente pari a 20,6 ed a 29.

Per l'invalità il dato resta più frastagliato:

- le invalidità motorie si avvicinano al dato minimo regionale;
- l'insufficienza mentale si colloca nella media nazionale;
- la cecità e, soprattutto, la sordità superano il dato nazionale;
- il sordomutismo, fenomeno comunque raro, si colloca ai livelli minimi.

Questi dati possono quindi fornirci le seguenti indicazioni:

- i tassi grezzi, accompagnati dalle tabelle che, almeno a livello italiano, definiscono la distribuzione per età dei fenomeni, possono fornirci l'ordine di grandezza dei vari problemi assistenziali e il peso percentuale rispetto al resto del paese di tali problemi assistenziali;
- i tassi standardizzati possono aiutarci a definire gli obiettivi, al netto della composizione per età della nostra popolazione.

Le varie forme di disabilità, inoltre, hanno una diversa distribuzione per età, anche se nel complesso interessano di più gli anziani.

### F.3) Salute mentale

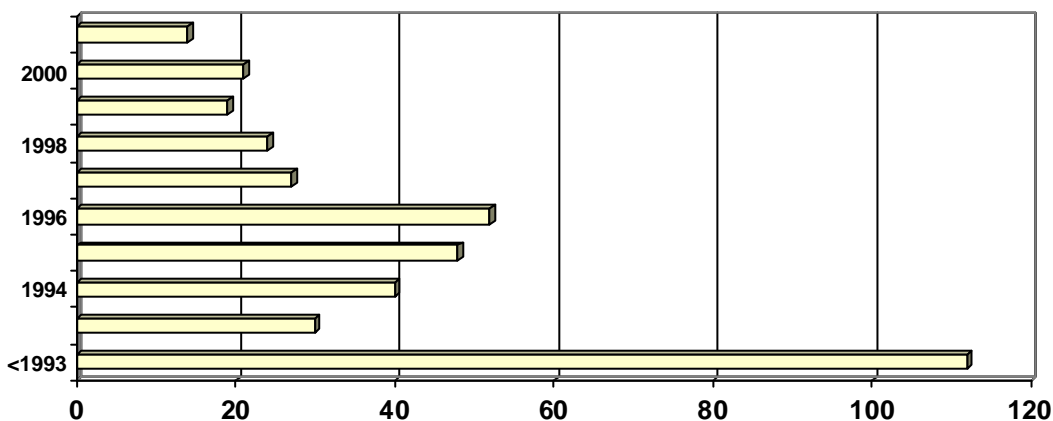
Di forte interesse per la Sanità pubblica è la situazione relativa alla salute mentale, che costituisce, come ricordato, una componente rilevante nel determinare il carico globale di malattia/disabilità di una popolazione. Autorevoli autori sottolineano che per poter realizzare un'adeguata pianificazione dei servizi di salute mentale è necessario disporre di evidenze adeguate, che rientrano soprattutto nell'area della epidemiologia clinica e della "health services research"; gli stessi autori ricordano però che su un amplissimo numero di questioni cruciali che investono il funzionamento quotidiano dei servizi di salute mentale le evidenze disponibili sono molto limitate, il che a sua volta induce un'elevata variabilità assistenziale. Pur essendo passati più di due decenni dalla riforma psichiatrica, sono ben pochi gli studi che hanno fornito evidenze convincenti circa l'esito dei pazienti trattati nei nuovi servizi. In particolare sono poche le evidenze circa i benefici ottenuti grazie ai trattamenti specifici erogati nei servizi sorti in questi due decenni (ed alla loro

appropriatezza); questi benefici possono infatti rappresentare, almeno in parte, soprattutto il risultato della soppressione di un luogo fortemente patogeno, come il manicomio, e del ruolo riconosciuto a modalità di vita più umane ed ordinarie, oltre che al più ampio supporto sociale. Uno dei risultati più marcati che la riforma ha avuto è stato rappresentato da uno spostamento del baricentro assistenziale verso le famiglie, investite di ruoli e responsabilità ben maggiori che in passato<sup>1</sup>.

Vi sono inoltre evidenze importanti circa i benefici derivanti dalla attivazione di reti di intervento precoce che interagiscano con situazioni di disagio, note per essere correlate con lo sviluppo di gravi patologie psichiatriche; il messaggio che tali conoscenze ci forniscono è che non ha molto senso continuare ad investire quantità consistenti di risorse nel solo trattamento di pazienti adulti con quadri molto strutturati di sofferenza mentale senza intervenire in fase precoce.

#### F.4) Altre patologie

Nella lotta alle malattie trasmissibili, le condizioni igieniche e nutrizionali, l'educazione alla salute, le pratiche di immunizzazione e le efficaci terapie disponibili hanno permesso (con poche eccezioni tra cui le salmonellosi) di ottenere talora l'eradicazione, spesso l'eliminazione, quasi sempre il controllo, come dimostrano i recenti dati sull'incidenza di AIDS nella nostra Regione



**Figura 2.5: incidenza dei casi di AIDS per anno di diagnosi in Umbria**

Fonte: Nostra elaborazione su dati ISS aggiornati al 31/10/2002

Ciò circoscrive un'area di rischi e di danni evitabili ed evitati che rimanda alla necessità di non sottovalutare servizi e interventi messi in campo in questo settore, dove dobbiamo mantenere le posizioni acquisite e puntare a migliorare il controllo delle patologie infettive.

Infine vi è l'attenzione ed il ruolo crescente assunto dalla componente genetica delle malattie, sia nel senso "classico" di anomalie congenite derivanti da malformazioni congenite, anomalie cromosomiche e malattie ereditarie (dove la nostra regione non registra andamenti epidemiologici difforni da quelli attesi), sia nel senso "emergente" relativo al contributo che la genetica offre nel quadro della multi fattorialità sottesa alla maggior parte delle malattie cronico degenerative, sia alle

<sup>1</sup> In un confronto condotto tra un servizio italiano ed uno dei più "avanzati" servizi ad orientamento comunitario degli Stati Uniti è emerso che, a fronte di condizioni cliniche e psicopatologiche confrontabili, i livelli della qualità della vita più elevati riscontrati nei pazienti italiani erano proprio da ascrivere alla disponibilità molto più estesa, specifica di un contesto socio-culturale come quello italiano, della risorsa "assistenziale" informale rappresentata dalla famiglia, in confronto alla situazione ben diversa riscontrabile nel Nord America (e nel Nord Europa), in cui il supporto dell'istituzione famiglia è molto più limitato, sia in condizioni di benessere che di malattia (Warner et al, 1998).

prospettive concrete che può offrire in termini di salute della popolazione e nuove conquiste della genetica.

### F. 5) Mortalità e mortalità evitabile

L'età media di morte risulta in continua e progressiva elevazione, essendo aumentata nel 1998 di 161 giorni rispetto al 1997 (valori medi italiani). Sta quindi diminuendo sia la mortalità evitabile che anche la restante mortalità – quella non evitabile, che mostra un rallentamento addirittura più accentuato nel periodo 1995-1998 (-9,9% contro il - 7% della mortalità evitabile): in pratica nel periodo 1995-1998 la mortalità non classificata come evitabile nei soggetti con età compresa tra 5 e 69 anni è diminuita di un caso ogni 10.

In termini di andamenti complessivi la mortalità standardizzata maschile e femminile (0-74 anni) per grandi gruppi di cause è riportata nella tavola 2.9.

**Tabella 2.8** - Mortalità standardizzata maschile e femminile (0-74 anni), per grandi gruppi di cause (a)

Cause		Umbria		Media Nazionale	
		M	F	M	F
Mal. infett. E par.		1,7	1,7	2,6	1,4
Tumori		114,2	68,1	132,3	72,0
Dist. Psichi.		11,0	5,9	11,1	6,0
Malattie sistema cardiovascolare	Infar. mio. ac.	29,3	8,6	29,3	7,9
	Dit. Circ. Encef.	17,9	10,9	19,0	12,0
	Altre mal. sist. circ.	41,8	19,6	49,3	22,2
Mal. App. resp.		10,3	4,1	14,2	4,9
Mal. app. Diges.		13,6	6,7	19,9	9,2
Altri stati morbosi		26,9	16,2	36,4	25,4
Sintomi mal defin.		2,2	1,3	5,2	2,1
Trau. e Avvelena.		36,5	11,4	37,6	11,0
Totale		305,4	154,5	356,9	174,1

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anni 1996, 1997 e 1998

(a) Tassi (per 100.000 ab.) standardizzati; popolazione tipo = popolazione standard Istat internazionale

Utilizzando il dato di mortalità sotto i 75 anni, in quanto più affidabile rispetto alla classificazione per cause e più rilevante ai fini dell'analisi delle anni di vita perduti, si osserva un complessivo vantaggio per l'Umbria, esprimibile, rispetto alla media nazionale, in termini di :

- un 15% di rischio di morire in meno per i cittadini umbri;
- un 11% di rischio di morire in meno per le cittadine umbre.

Questo vantaggio deriva da una serie di fattori distribuiti nei decenni precedenti il periodo osservato e riconducibili a stili di vita, organizzazione del territorio e del lavoro, azioni dei sistemi di assistenza sociale e sanitaria. Bisogna quindi esaminare gli elementi che ci possono dire se tale



vantaggio è destinato a mantenersi, perché esso è meno evidente per le donne, anche grazie all'effetto delle misure adottabili da parte della programmazione socio- sanitaria.

In primo luogo va detto che per quanto riguarda i tumori, il vantaggio resta alto per i maschi e si abbassa al 5% per le femmine.

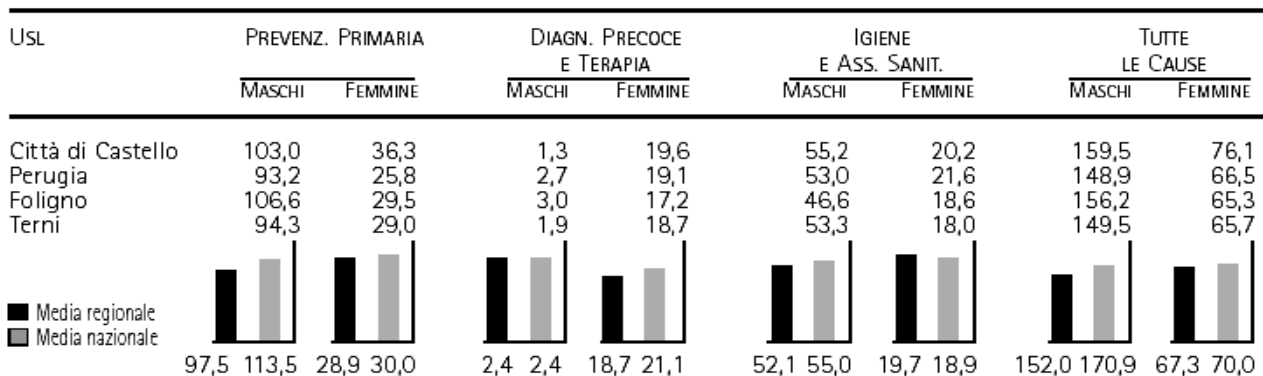
Bisogna poi prendere in considerazione l'infarto del miocardio, dove il vantaggio si annulla sia per i maschi che per le femmine, ed i disturbi circolatori dell'encefalo dove il vantaggio si riduce ad un 5% di rischio di morire in meno.

Infine va considerato l'impatto dei traumatismi e delle cause violente, dove il vantaggio dei maschi si riduce al 3% e per le femmine si rileva uno svantaggio del 5%.

Relativamente all'UMBRIA gli YPLL65 prodotti dagli incidenti stradali, sono al secondo posto dopo l'area materno infantile in termini di peso percentuale.

La mortalità evitabile<sup>1</sup> in Umbria presenta valori mediamente inferiori a quelli medi nazionali: con riferimento a tutte le cause di morte, per uomini e donne, è pari, a livello regionale, a 152 ed a 67, 3 per 100.000 abitanti a fronte della media nazionale di 170, 9 per uomini e di 70 per le donne. Nelle nostre USL, la situazione appare abbastanza diversificata, nei valori che rimangono però tutti sotto i livelli medi nazionali.

Figura 1.6: mortalità evitabile standardizzata per gruppi di cause



Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1996, 1997 e 1998

(a) Tassi standardizzati (x 100.000 ab.); morti 5-69 anni; popolazione tipo = popolazione mondiale

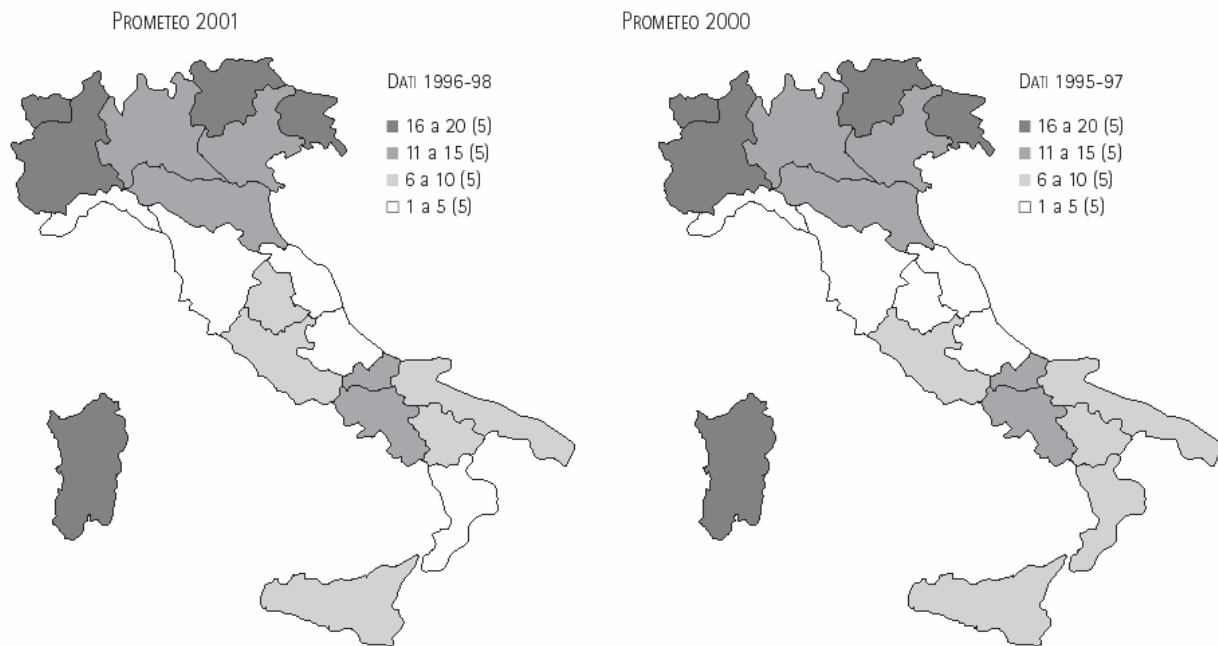
Rappresenta un'eccezione la ASL di Città di Castello, dove i valori della mortalità evitabile maschile, per tutte le cause, sono maggiori rispetto alle altre USL e per le donne si attestano su 76,1 per 100.000 abitanti, livello superiore alla media italiana. In merito alla struttura del dato si rileva che i decessi evitabili con misure di prevenzione primaria sono 97, 5 per 100.000 abitanti per gli uomini e 28, 9 per le donne; mentre decessi evitabili con diagnosi precoce e/o diversi approcci terapeutici sono pari a 2, 4 per uomini e 18, 7 per 100.000 abitanti per le donne; infine sono da attribuire ad un'inadeguata igiene e assistenza sanitaria 52,1 morti maschili e 19,7 morti femminili per 100.000 abitanti. A livello di singole USL, come già detto, è da evidenziare la situazione di

<sup>1</sup> La mortalità evitabile, indicatore della qualità dell'assistenza di cui evidenzia carenze quali e quantitative viene qui utilizzata sulla base della metodologia sviluppata in Prometeo (2001), dove sono previste tre raggruppamenti di patologie nei cui confronti si dispone di interventi efficaci. Nel primo gruppo denominato "Prevenzione Primaria" rientrano: 1) tumori maligni delle prime vie aeree; 2) tumori maligni del fegato; 3) tumori maligni del polmone; 4) tumori maligni della vescica; 5) disturbi circolatori dell'encefalo; 6) cirrosi epatiche; 7) Morti violente. Nel secondo gruppo denominato "diagnosi precoce e terapia" sono inserite: 1) tumore della pelle; 2) tumore della mammella; 3) tumore del collo dell'utero; 4) tumore del corpo dell'utero e dell'utero senza altra indicazione; 5) tumore del testicolo; 6) malattia di Hodgkin. Infine nel terzo gruppo "Igiene ed assistenza sanitaria" sono comprese: 1) malattie infettive nel complesso; 2) leucemie; 3) cardiopatie reumatiche croniche; 4) ipertensione; 5) malattie ischemiche del cuore; 6) polmoniti, bronchiti, malattie respiratorie acute; 7) ulcera gastrica; 8) appendicite; 9) ernia addominale; 10) colecistite acuta e cronica; 11) mortalità materna; 12) malformazioni congenite cardiache.

Città di Castello, in cui le morti attribuibili a carenze nella prevenzione primaria femminile e all'igiene e assistenza sanitaria sono per entrambi i sessi superiore alla media nazionale.

Per effetto combinato di tale fenomeno e dei miglioramenti registrati in altre regioni italiane si è avuta un arretramento relativo della nostra regione nella graduatoria nazionale sulle morti evitabili, come evidenziato graficamente dalla figura 2-10 (situazione nel triennio 1995 -1997) e (situazione nel triennio 1996-1998)

**Figura 2.8: Mortalità evitabile in Italia nei trienni 96-98 e 95-97**



Fonte: elaborazione Prometeo 2001 su dati Istat

## G) Equità

Il SSR assume nei principi ispiratori sia l'uguaglianza dei cittadini sia l'equità.

Il primo principio, che comporterebbero per il SSR la capacità di ottenere la effettiva eliminazione delle barriere geografiche ed economiche all'utilizzazione dei servizi, ha trovato una applicazione nel concetto di welfare universale, a sua volta è esitato nel principio della massima delocalizzazione appropriata dei servizi, essendo note sia la relazione diretta tra accessibilità ed utilizzazione dei servizi che quella, inversa, tra equità ed efficienza.

Il secondo principio deriva dalla osservazione che le politiche universalistiche non sono sufficienti a limitare l'impatto delle ingiustizie e invertirne il corso perché, quando il bisogno non è distribuito uniformemente e tende a cumularsi in circuiti di svantaggio da cui molti non riescono ad uscire da soli, le reti uniformi di garanzie devono essere affiancate da politiche di "lancio".

**Tabella 2-9: Eguaglianza ed equità in Sanità<sup>1</sup>**

		TRATTAMENTO	
		Eguale	Diseguale
BISOGNI	Eguali	a	b
	Diseguali	c	d

**a = eguaglianza:** *gli individui con lo stesso stato di salute (o di bisogno) devono venire trattati egualmente* (ad es.: parametro capitarlo ovvero uguale spesa e/o risorse pro capite, oppure uguale accesso, od opportunità di accesso, per eguale bisogno; oppure uguale utilizzazione di risorse per uguale bisogno).

**d = equità:** *gli individui con peggiore stato di salute o con maggiore bisogno devono venire trattati più favorevolmente* (ad es.: maggiore spesa e/o risorse per bisogni più gravi; oppure più facilità di accesso per i più "deboli")

**b e c = ingiustizia sociale e/o distributiva**

A fronte della delicatezza e della importanza di tali questioni, noi non disponiamo di un corpo di osservazioni sistematiche volte a documentare presenza, ampiezza e impatto sia di eventuali disuguaglianze di accesso e socio economiche nella salute. Questo settore di studi è stato invece sviluppato in Italia in particolare dall'Osservatorio Epidemiologico del Lazio, e dalle Unità di epidemiologia in Piemonte e Toscana.

Gli studi epidemiologici documentano una messe consistente di evidenze, tra cui:

a) Studi sulla disuguaglianze nell'accesso:

- è stata documentata la presenza di disuguaglianze nell'accesso alle terapie ed è stato rilevato che le persone appartenenti agli strati sociali più umili vi è una maggiore tendenza all'uso di terapie meno innovative e meno appropriate.
- le persone di estrazione sociale inferiore, nonostante abbiano un tasso di ospedalizzazione più alto per cardiopatia ischemica, ricevono mediamente dalle strutture sanitarie una minore offerta di bypass aorto coronarico; inoltre la sopravvivenza media a 30 giorni dall'intervento è inferiore a quella segnalata per le classi sociali più avvantaggiate;
- vi è una carenza relativa, per le categorie sociali più basse di una adeguata assistenza di base, testimoniata da un ricorso all'ospedalizzazione (in genere) e alla degenza ospedaliera di lunga durata più frequente tra gli individui che vivono in aree più povere e da un eccesso di ospedalizzazione rispetto alla gravità delle patologie asmatiche nei figli di persone appartenente alle categorie sociali più basse.

b) Studi sulle disuguaglianze socio economiche nella salute:

- nell'Europa Occidentale vi è forte evidenza che la deprivazione socio-economica rappresenti un importante determinante dell'eccesso di morbosità e di mortalità prematura;
- le disuguaglianze sono osservabili da qualsiasi angolatura della struttura sociale: istruzione, reddito, occupazione, classe sociale, caratteristiche dell'abitazione;
- vi è evidenza di un aumento delle disuguaglianze nella salute negli ultimi decenni in molti Paesi;

<sup>1</sup> Fonte: X° Master in epidemiologia dei servizi Sanitari. Università di Tor Vergata.

- svantaggi estremi sono stati documentati per i gruppi più deprivati della popolazione: i disoccupati di lungo corso, i senza fissa dimora, chi vive in quartieri o dimore particolarmente disagiate.

c) disuguaglianze molto marcate nella mortalità sono quelle correlate a:

- stili di vita insalubri (cancro del polmone e fumo, cirrosi e alcol);
- lunghe carriere di povertà (cancro dello stomaco);
- problemi di sicurezza (incidenti sul lavoro e stradali);
- problemi di disagio sociale (dipendenza da droghe nei giovani, suicidi tra gli anziani);
- emarginazione dei malati (malattie psico-nervose).

La relazione tra stato di salute e livello socioeconomico è un fenomeno relativo, nel senso che sono più fortemente associate allo stato di salute le disuguaglianze di reddito all'interno della comunità (povertà relativa) che la povertà o il reddito pro capite assoluto. Nelle società in cui la forbice distributiva è meno ampia, vi è una migliore coesione sociale e conseguentemente una più facile integrazione degli individui nelle reti relazionali che, come è noto sono benefiche per la salute e sono ritenute un elemento chiave nella relazione tra sviluppo economico e salute.

## F) L'errore in sanità

La sicurezza dell'assistenza rappresenta un capitolo emergente<sup>1</sup> e di grande rilevanza sia per i cittadini che ne sopportano concretamente le conseguenze, sia per la Sanità pubblica che vede nell'errore in sanità un potente fattore di riduzione della propria efficacia, dovendone oltretutto sopportare i costi derivanti dalla crescita del contenzioso.

In Italia<sup>2</sup> si stima che su 8 milioni di persone che ogni anno sono ricoverati negli ospedali, il 4% circa, 320.000 persone, finiscono per riportare danni più o meno gravi alla propria salute. Una cifra variabile tra le 14.000 e le 50.000 persone morirebbero ogni anno a causa di errori o per una non adeguata organizzazione delle strutture sanitarie. Anche considerando come reale la stima inferiore (14.000 decessi annui), l'errore ospedaliero rappresenterebbe una causa di morte di primaria importanza, alla luce della sua evitabilità. In conseguenza di questi eventi avversi molti utenti ricorrono sempre più ai tribunali: sono arrivate infatti a 12.000 le cause pendenti per una richiesta di risarcimento danni, pari a circa 2,5 miliardi di Euro, mentre il costo delle polizze assicurative è destinato a crescere. Costi legali a parte si stima che circa 10 miliardi di euro siano bruciati annualmente in Italia in conseguenza di sprechi, errori e disorganizzazione (sempre relativi al solo ambito ospedaliero pubblico e privato), una cifra pari quasi al 30% circa delle risorse destinate alle strutture ospedaliere. Solo in termini di allungamento della degenza – in media 2 giorni – per quel 4 % di utenti che incappa in qualche “evento avverso” si parla di un costo aggiuntivo di ben 260 milioni di euro. Altri 2,5 miliardi di euro sarebbero la diretta conseguenza di eventi causati da violazioni di procedure o limiti strutturali. Quanto all'attribuzione, gli studi citati ne addebitano circa la metà a problemi legati all'organizzazione logistica dell'ospedale o all'inadeguatezza delle

<sup>1</sup> Nel 1984 l'Harvard Medical Practice Study ha rivisitato le cartelle cliniche di 30.121 pazienti ricoverati in 51 ospedali per acuti newyorchesi (Brennan TA et al 1991; Berwick DM, Leape LL, 1999) stimando il peso degli sbagli prevenibili nelle strutture ospedaliere degli USA in 120.000 morti annui. Queste cifre sono state parzialmente confermate (tra 48.000 e 98.000 morti annui per errori in ospedale ed almeno altre 7000 per errori nella prescrizione o nell'uso delle medicine) da un recente rapporto della Commissione nazionale sulla qualità dell'assistenza sanitaria dell'Istituto di medicina dell'accademia delle scienze americana (Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, 1999).

<sup>2</sup> Cineas del Politecnico di Milano in collaborazione con la Zurich Consulting (2002).

sue strutture, il 17% ad errori professionali, quindi il 10% al cattivo funzionamento delle attrezzature scientifiche ed il resto a “circostanze fortuite...”. Una stima del Censis attribuirebbe però al fattore umano circa il 48% degli errori.

Non abbiamo dati sulla distribuzione degli errori per classe sociale di appartenenza.

Tra i fattori che li determinano troviamo: il tempo (troppe prestazioni da dover assicurare in poco tempo), le carenze di personale rispetto al numero di pazienti, la mancanza di aggiornamento e formazione continua, la carenza di comunicazione tra personale di reparti diversi e all'interno dello stesso reparto, la manutenzione inadeguata di edifici e apparecchiature.

A questi dati va poi aggiunto il problema delle reazioni avverse ai farmaci: il sistema regionale di farmacovigilanza ha permesso di censire nel 2001 circa 160 reazioni avverse, dato in linea con le segnalazioni attese (circa 200 per milione di abitanti).

Va infine ricordato che anche quando non ci sono errori, spesso i pazienti s'infettano in ospedale e per il massiccio uso di antibiotici si creano patogeni antibiotico resistenti, talché almeno una parte della morbosità è creata dagli sforzi per curarla.

L'insieme delle considerazioni qui sviluppate in materia di equità ed errore ci ricorda che mentre i sistemi sanitari sono responsabili di molti progressi avvenuti nel tempo, questi progressi sono lunghi dall'essere uniformemente distribuiti nella popolazione, mentre gli errori del sistema possono diminuire considerevolmente l'effettiva dimensione del beneficio che è chiamato a realizzare.

## **2.2 Bilancio del ciclo programmatico 1999-2001.**

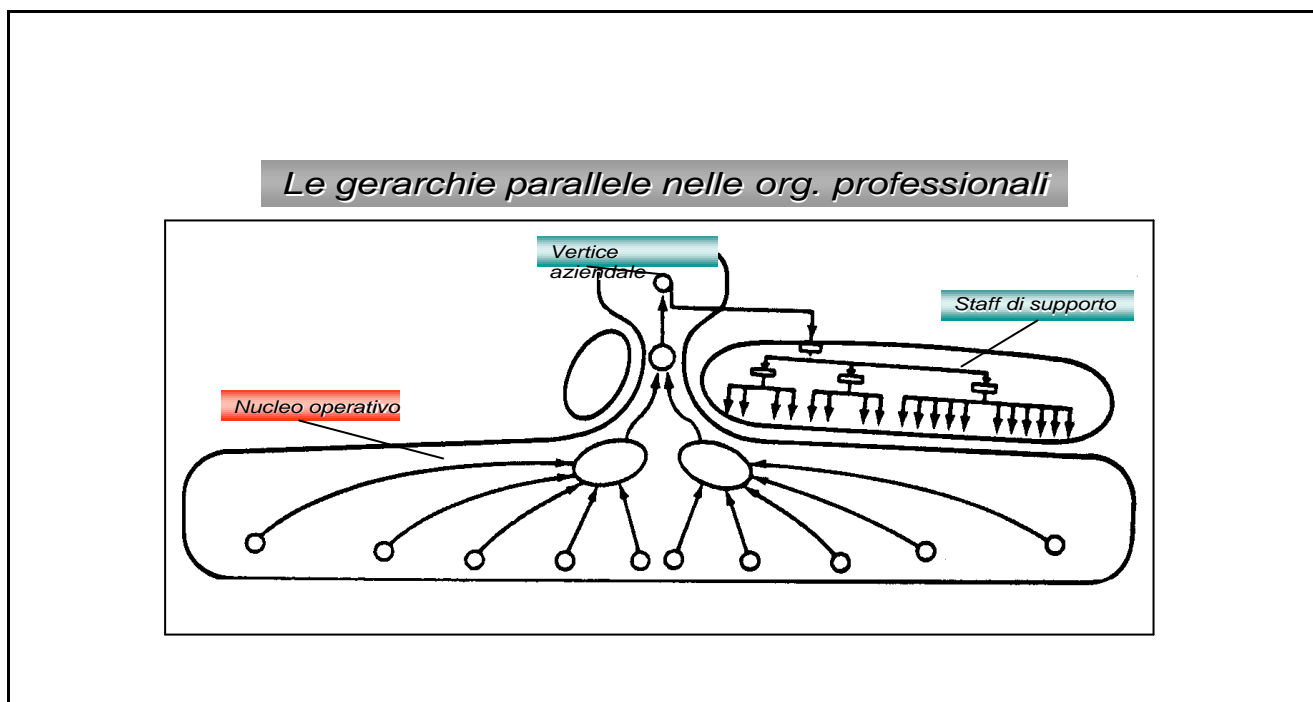
Il PSR 1999-2001 assumeva il quadro dei bisogni e delle problematiche epidemiologiche sviluppato dal PSN 1998 – 2000, cui riconosceva coerenza metodologica e una visione avanzata dei compiti di un moderno SSN. Tali bisogni venivano poi da noi tradotti in un quadro concettuale che assegnava gli obiettivi di salute ai tre principali livelli di responsabilità (Governo della Salute, Governo della sanità e Gestione della Sanità) dove erano individuate le principali azioni ritenute in grado di contribuire al raggiungimento degli stessi obiettivi.

### **2.2.1 L'ipotesi organizzativa seguita nel triennio 1999-2001.**

L'ipotesi organizzativa centrale del Piano Sanitario Regionale 1999-2001 e della successiva azione di governo della Sanità è che il Servizio Sanitario rappresenta un ibrido organizzativo, composto per la maggior parte da un'organizzazione professionale e per la parte residua da una burocrazia meccanica, secondo specifiche funzionali tratte da eminenti esponenti della sociologia sanitaria non italiana<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Vedi paragrafo 3.6 del PSR 1999-2001 e, per una trattazione più estesa *Mintzberg H., 1996 e E.Gross, A.Etzioni, 1986*. Secondo tali ipotesi l'organizzazione professionale, contrariamente alle attese ed ai luoghi comuni sulle organizzazioni, ha una gerarchia ascendente, nel senso che sono gli addetti al nucleo operativo a dare gli input a quelli che “stanno sopra” e vi è una ampia discrezionalità dei professionisti nell'uso delle risorse



**Figura 2-9: le gerarchie parallele nelle organizzazioni professionali (Mintzberg H, 1996).**

Si tratta di una ipotesi organizzativa che ha trovato brillanti conferme nella esperienza concreta del triennio sia a livello di governo della sanità che soprattutto a livello di gestione della sanità, fornendo così la base concettuale per lo sviluppo delle innovazioni organizzative nel prossimo triennio.

### 2.2.2 Principali problemi nel governo della salute.

Il PSR 1999-2001 aveva fatto propria l'osservazione di molti AA. secondo cui la salute è prodotta solo in piccola parte dai servizi sanitari<sup>1</sup>, mentre rappresenta un risultato del sistema sociale vigente, che la determina attraverso molteplici lati, aspetti e funzioni tra loro interconnessi ed interagenti.

Sotto il tema "Governo della salute" erano stati così raccolti una serie di obiettivi di salute ed aree di intervento riferibili in gran parte ai cosiddetti determinanti di salute; erano state pure opportunamente discusse le interazioni necessarie tra diversi settori sociali ed istituzionali al fine di svolgere una effettiva azione di promozione della salute, sempre nella consapevolezza che alcuni determinanti sfuggivano (e tuttora sfuggono) all'azione che era possibile sviluppare in sede regionale; l'area delle tematiche pertinenti, a tale livello di intervento, restava e resta comunque consistente, tanto da meritare attenzione non solo in termini astratti, ma anche in relazione alla possibilità di promuovere concretamente la salute in Umbria.

Il "Governo della salute", nel triennio 1999-2001 ha dato alcuni risultati, soprattutto:

- nell'integrazione socio sanitaria, dove la presenza di una consolidata strumentazione programmatica (Piano Sociale regionale ed i suoi strumenti applicativi – i Piani di Zona)

<sup>1</sup> Mac Kenbach (Mac Kenbach JP, 1996) ha stimato il contributo dell'assistenza sanitaria sul declino della mortalità generale (tra 4,7% e 18,5%) e sull'aumento della speranza di vita alla nascita (tra 1,91 anni per gli uomini e 5,86 anni per le donne). Il miglioramento dello stato di salute per mezzo dei servizi sanitari riconosce molte modalità tra cui: grado di sviluppo delle conoscenze scientifiche; traduzione delle conoscenze scientifiche in processi tecnico sanitari; diffusione sia della conoscenza scientifica sia delle abilità tecnico operative; portata delle tecnologie sanitarie; adeguate condizioni organizzative.

ha consentito di declinare concretamente le condizioni della intersectorialità e di dare loro un percorso effettivo su cui effettuare ora gli opportuni aggiustamenti;

- nell'interazione con la scuola dove, oltre alla consolidata esperienza in tema di educazione alla salute è stata sviluppata una ricerca finalizzata (ex art. 12 legge 502/92) sul tema "La promozione della salute nella scuola", ricca di indicazioni per i nuovi sviluppi della progettualità regionale.

Limiti sono stati invece riscontrati sia nel metodo che nel merito.

I primi fanno riferimento:

- alla mancata messa a punto di un approccio concertativo adeguato per porre correttamente il problema delle relazioni, dei ruoli e delle responsabilità in una materia così delicata come è quella dell'intersectorialità, dove l'impostazione verticale delle competenze amministrative poco si adatta a favorire "naturalmente" politiche di integrazione e corresponsabilizzazione, sia quando si tratti di mettere insieme diversi livelli istituzionali di uno stesso ente, sia quando si tratti di enti diversi e/o di risorse sociali comunque aggregate;
- alla mancata messa a punto di una specifica strumentazione programmatica che consenta di tradurre in azioni e sistemi operativi concreti le aree di accordo intersectoriale prodotte dalle sedi di concertazione;
- infine alla mancata individuazione del soggetto responsabile della valutazione, aspetto particolarmente delicato, per le connotazioni immediatamente giudicanti e di valore "politico" che questa potrebbe assumere;

I limiti di merito risiedono principalmente nella preminenza assegnata ai fattori di benessere in sé, assunti cioè astrattamente come aree di condizioni in sé e per sé valide a produrre salute, in una accezione meccanicistica dei determinati di salute in cui al fattore di benessere è attribuita la possibilità di causare un risultato (la salute) senza l'insieme delle connessioni e delle relazioni che invece costituiscono "in vivo" la reale modalità operativa.

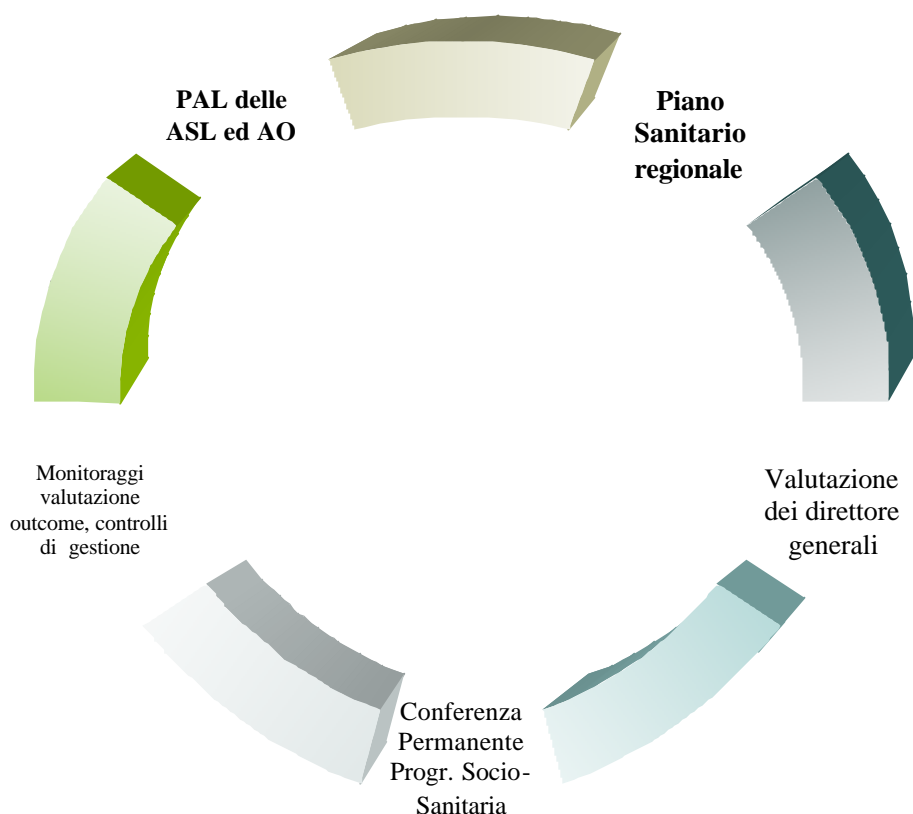
### **2.2.3 Governo della sanità e ciclo della programmazione nel triennio 1999-2001**

All'approvazione del PSR 1999-2001 (DCR 647/1999) ha fatto seguito l'approvazione dei progetti di settore da questo individuati come prioritari (DCR 737/2000) e l'assegnazione a questi di finanziamenti dedicati per un ammontare di circa 10 miliardi per ciascun anno del triennio.

Queste indicazioni di politica socio sanitaria ed altre indicazioni metodologiche (DGR 1145/2000) hanno guidato la messa a punto dei Piani Attuativi Locali, un elemento di assoluta novità nella storia della nostra programmazione sanitaria: tutte le Aziende Sanitarie locali ed ospedaliere hanno elaborato i PAL, ricevuto un parere sugli stessi da parte delle Conferenze dei Sindaci (ASL) e della Conferenza permanente per la programmazione socio sanitaria (AO), presentandoli poi alla Giunta Regionale che li ha validati, talora modificandoli. Quindi, per la prima volta, abbiamo avuto obiettivi misurabili e specifici per ciascuna azienda, macrolivello, settore, area progettuale, attivando monitoraggi esitati nella "Relazione su processi ed assetti organizzativi attivati dal PSR 1999-2001" (Regione Umbria 2002).

All'interno di questo percorso l'emergenza finanziaria determinatasi nella primavera del 2001 ha costretto ad armonizzare i necessari interventi straordinari con le indicazioni della programmazione sanitaria; i PAL hanno recepito al loro interno le misure correttive decise con le DGR 513/2001 (interventi di razionalizzazione dei servizi) e 563/2001 (interventi per una migliore utilizzazione della spesa farmaceutica).

La valutazione dei Direttori Generali si è sviluppata tenendo conto di tale tempistica ed in coerenza con il ciclo programmatico: il Piano Sanitario 1999/2001 è scaduto nel marzo 2002; i Piani Attuativi Locali estendono i loro effetti fino al 31.12.2002; nell'assegnare gli obiettivi ai Direttori Generali, si è enfatizzata la loro responsabilità nella realizzazione dei Piani Attuativi Locali, dedicando un punteggio rilevante (circa 70%) all'effettivo riscontro di quanto è stato realizzato rispetto agli obiettivi che ogni direzione Aziendale ha assunto; a fine 2002 le aziende relazionano sui risultati ottenuti, la Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria valida tali relazioni ed i DG sono valutati nella primavera 2003.



**Figura 2-10:** Interazione tra programmazione, attuazione e verifica

Problemi consistenti rimangono invece per quanto riguarda l'adeguatezza della Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali a far fronte, a partire dal modello organizzativo vigente e dalle risorse professionali disponibili, alle sfide poste dalle responsabilità attribuite al livello regionale dal Titolo V° della costituzione e dagli sviluppi del federalismo sanitario.

## 2.2.4 La gestione della sanità

### *a) Il Dipartimento e le attività di Prevenzione*

Il dipartimento di prevenzione ha visto nel triennio rafforzarsi la sua identità organizzativa; dopo una fase di collocazione organizzativa nel distretto, le integrazioni apportate alla legge regionale 3/98 dalla legge regionale 29/2000, sulla base della legge nazionale 229/99, permettevano ai DP di recuperare il profilo di macrolivello assistenziale del SSR. Veniva così superata l'assenza di riferimenti organizzativi generali per tale settore del PSR 1999-2001, prevedendo che i PAL



sviluppassero sia le problematiche dei DP che quelle relativi alla prevenzione nei luoghi di lavoro ed alla sicurezza alimentare.

Nel triennio i DP sono stati impegnati a perseguire diverse tipologie di obiettivi:

- quelli sviluppati in piena coerenza sulla base delle indicazioni del PSN;
- quelli sviluppati in coerenza con le indicazioni del PSN ma con *standard* migliorativi;
- quelli che rispondono a specifici profili epidemiologici locali.

La declinazione operativa degli obiettivi si è basata su:

- definizione di progetti obiettivo o piani per la prevenzione specifici nell'ambito della programmazione regionale di breve (annuale) o medio (triennale) periodo;
- inserimento di tali progetti e piani o di singoli obiettivi di prevenzione nelle apposite intese di programma o accordi tra la Regione e le aziende;
- inclusione degli obiettivi specifici nell'ambito del sistema di valutazione dei Direttori Generali;
- costituzione di centri regionali di documentazione;
- creazione di indicatori specifici regionali di valutazione degli obiettivi di salute;
- progettazione di interventi di formazione continua per gli operatori regionali della prevenzione sulla base della individuazione degli specifici bisogni formativi, avvalendosi anche delle Società scientifiche interessate, dell'Università, dell'ISS, dell'ISPESL, dell'IZS per l'Umbria e le Marche.

Sul piano più strettamente metodologico, la prevenzione nel triennio si è impegnata ad operare secondo moderne metodologie di lavoro, fra cui il lavoro per obiettivi, riunendo gruppi multidimensionali (multidisciplinari, multiprofessionali, multisettoriali) in grado di definire gli obiettivi tenendo conto dei problemi di salute prioritari;

Questo ha richiesto e richiederà sempre più ai DP di dotarsi di una organizzazione flessibile, anche a geometria variabile, capace di riunire intorno ad obiettivi complessi professionalità diverse, anche esterne al SSN in un processo di qualificazione professionale, gestionale ed organizzativa in cui risaltano, tra gli altri, i seguenti elementi:

- valutazione dei bisogni e identificazione del rischio;
- sanità pubblica basata sulle prove di efficacia;
- analisi sistemica;
- comunicazione;
- assicurazione di qualità.

E' inoltre da sottolineare che il DPR 14 gennaio 1997, che ha approvato i requisiti strutturali, tecnologici o organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie, non ha finora previsto alcun requisito per il DP.

In relazione ai finanziamenti assegnati alle attività di prevenzione nel corso del triennio sono andate delineandosi almeno tre criticità, anche se attualmente in fase di superamento:

- per il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica la difficoltà a sviluppare, all'indomani della costituzione dell'ARPA e quindi della sostanziale perdita delle competenze in campo ambientale, ambiti di intervento innovativi e rispondenti alle necessità di salute di una società in continua evoluzione;

- per il Servizio Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro la difficoltà a raccordarsi, in maniera funzionale ed integrata per la sicurezza, con il Servizio ingegneristico-impiantistico;
- per il Servizio di Igiene degli Alimenti e Nutrizione e quello di Igiene degli Alimenti di Origine Animale la difficoltà di integrazione, rispetto a possibili sovrapposizioni o in contesti particolari.

Ma la criticità più importante e più seria, che si è ulteriormente e particolarmente manifestata in questo periodo, è la carenza di un Sistema Informativo da una parte non ancora in grado di rappresentare il complesso delle attività erogate dai Servizi del DP in modo esaustivo, ma anche sintetico, attraverso anche indicatori di domanda, di attività e di risultato e dall'altra non sufficientemente integrato con altri attori operanti dentro il sistema sanitario (quale, per esempio, l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche) o fuori del sistema (quali l'ARPA, l'Ispettorato del Lavoro, l'INAIL etc.).

### ***b) Assistenza distrettuale***

Nel triennio sono stati attivati i nuovi Distretti ed i Centri di Salute mentre nel complesso il territorio ha sofferto di una scarsa autonomia gestionale ed i distretti hanno avuto deleghe molto limitate in termini di potere organizzativo.

Nell'ultimo anno, in occasione della stipula delle convenzioni regionali, si è lavorato per l'integrazione di mmg e pls e continuità assistenziale nei distretti e Centri di salute, nonché per rendere il distretto in grado di governare la domanda, incontrando una serie di difficoltà rappresentate da diffidenze reciproche tra tutti gli operatori dell'assistenza primaria:

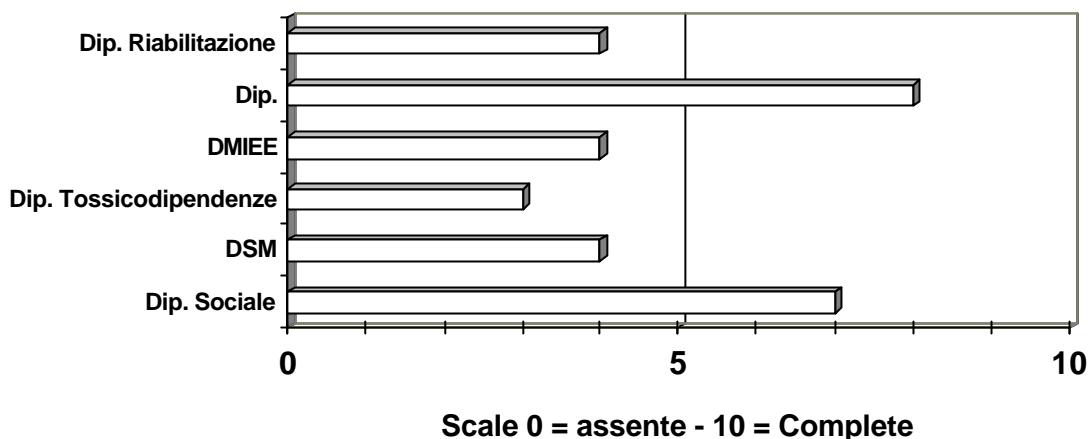
- tra gli mmg vi è chi ritiene il distretto e le sue articolazioni una struttura burocratica che potrebbe comprimere l'autonomia professionale;
- tra gli operatori di distretti e centri di salute vi è chi ritiene di dover interagire con i medici di base a partire da una posizione gerarchica;
- tra gli operatori della continuità assistenziale vi è chi ritiene di dovere evitare le relazioni funzionali con i medici di base per evitare umilianti subordinazioni;
- tra gli operatori dei dipartimenti e dei servizi territoriali vi è chi ritiene non necessaria una funzione di gestione ed integrazione dei servizi di assistenza primaria in quanto subordinante e limitante della autonomia gestionale necessaria al buon funzionamento del proprio servizio;
- infine alcune direzioni aziendali concepiscono l'attività distrettuale come produzione di attività di risposta territoriali, enfatizzando aspetti clinico assistenziali a scapito della medicina di comunità.

L'eterogeneità di concezioni e visioni organizzative riflette una non matura attenzione ai bisogni di salute ed assistenziali dei cittadini, che, essendo multidimensionali, richiedono operatori disposti a lavorare in equipe e ad integrare le proprie competenze, collocandole su più piani di intervento mentre poco si avvalgono, in prospettiva della presenza di servizi verticali.

Alcuni problemi sono inoltre emersi nei rapporti tra SSR ed Enti Locali, in quanto è necessario definire meglio il rapporto con l'Assemblea dei Sindaci e le relazioni con il Consiglio di Distretto, rapporti favoriti dal perfezionamento dei processi organizzativi sopra richiamati.

Al fine di sintetizzare le relazioni tra Distretti e Dipartimenti territoriali si riporta su una scala da 1 a 10 una valutazione sintetica del loro stato di maturità organizzativa.

**Fig. 2.11: RELAZIONI DISTRETTI – DIPARTIMENTI TERRITORIALI**



Per quanto riguarda la *Medicina di base* i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta (ISTAT 2001) hanno un alto gradimento da parte dei cittadini, migliore di qualsiasi altro settore del SSN; 4 italiani su 5 (che diventano 9 su 10, se sono anziani) vanno dal medico di medicina generale per le prescrizioni farmaceutiche, per la specialistica, per i ricoveri, per la riabilitazione; si ridimensionerebbe così il “problema” del “bypass” del medico generalista da parte di cittadini e altri professionisti.

Sul piano organizzativo nel triennio i medici di medicina generale si sono dedicati molto allo sviluppo delle forme associative che, ancorché regolate dalle Convenzioni nazionale e regionale, rappresentano ambiti di autorganizzazione ed autodefinizione dei propri obiettivi ed offrono ampi margini di intervento sia per l’integrazione funzionale tra medico di medicina generale e Distretto, sia per una maggiore convergenza con gli obiettivi ed i processi assistenziali del SSR.

Quanto alla Guardia Medica le dotazioni di personale nella nostra regione sono alte: 251 titolari, un rapporto di 1:3.350 abitanti, contro uno standard di 1:15.000, 1:30.000, il che pone la necessità di raggiungere una maggiore efficienza e, soprattutto, integrazione con gli altri servizi, per offrire ai cittadini una vera continuità assistenziale, che è poi la missione organizzativa di questo servizio.

*Rispetto all’assistenza socio-sanitaria* sono stati registrati degli avanzamenti sia per l’approvazione del Piano Sociale Regionale e dei Piani di Zona, sia per l’approvazione del Decreto Ministeriale del febbraio 2001, che definisce le regole per l’integrazione socio-sanitaria in alcune grandi aree di lavoro (anziani, salute mentale, disabili, tossicodipendenze, AIDS, malati terminali) e distingue ruoli ed oneri tra sociale e sanitario. A tal riguardo sono stati attivati gruppi di lavoro per l’applicazione regionale di tale decreto, verificati i requisiti delle Residenze protette per anziani, avviate sperimentazioni per i Centri Alzheimer e sperimentato l’assegno di cura come ulteriore opzione per l’assistenza socio-sanitaria all’anziano non autosufficiente.

*Nel campo dell’assistenza farmaceutica:* l’intervento programmatico ed organizzativo sviluppato nel triennio è stato per la Regione Umbria fonte di soddisfazione ed i risultati sono stati ottenuti attraverso un’azione molto ampia con una valorizzazione del ruolo del medico di medicina generale, dei medici dei centri di salute, dei distretti, il coinvolgimento delle farmacie pubbliche e private, un grande impegno dei servizi farmaceutici aziendali e delle direzioni aziendali.

**Tabella 2-10: Consumi farmaceutici SSN in Umbria e in Italia nel 2001**

	Umbria	Italia
Spesa a carico SSN (miliardi)	318	22.476

<b>D 00-01</b>	21,3	32,6
<b>Spesa procapite</b>	378.656	388.531
<b>Ticket (miliardi)</b>	0,93	7,0
<b>Sconto farmacie (miliardi)</b>	11	1.016
<b>Sconto su spesa lorda</b>	3,3	4,2
<b>Spesa lorda (miliardi)</b>	330	23.518
<b>D 00-01</b>	10,8	21,0
<b>Spesa procapite</b>	392.597	406.571
<b>Ricette (migliaia)</b>	6.734	422.914
<b>D 00-01</b>	15,4	20,6
<b>Ricette procapite</b>	8,0	7,3
<b>Confezioni (migliaia)</b>	13.000	Nd
<b>D 00-01</b>	8,9	Nd
<b>Confezioni procapite</b>	16	Nd
<b>DDD/1000 abitanti die</b>	693	674
<b>D 00-01</b>	20,9	18,1
<b>Popolazione Istat al 1.1.2001</b>	840.482	57.844.017

Fonte: Regione Umbria – Riepilogo DCR, Elaborazione Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali su dati provenienti dalle Distinte Contabili Riepilogative aggregati dall'ASSR.

Si è lavorato molto sulla distribuzione diretta (ex nota 37) cosicché a fine 2001 viene distribuito più dell'80% del teorico; sono state avviate le reti per la farmaco-vigilanza e la farmaco-utilizzazione, aprendo un tavolo di lavoro molto ampio sulla appropriatezza prescrittiva e varando linee guida sulla appropriatezza prescrittiva sia a livello regionale (Osteoporosi primaria) che nelle ASL e nelle AO; si è data piena applicazione alla normativa sull'impiego dei generici. Per effetto di queste azioni l'Umbria è la regione che ha avuto il minore incremento della spesa farmaceutica nel 2001, tra tutte le regioni italiane, andamento già evidenziatosi nel 2000.

**Assistenza specialistica e liste di attesa.** I dati della ultima rilevazione del 2001 sui tempi massimi di attesa per le prestazioni non urgenti nelle Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere evidenziano alcuni problemi che si condensano ancora nell'Azienda Ospedaliera di Perugia, anche se ci sono state delle evoluzioni in questa direzione. In questo settore si è puntato ad incrementare la quota di specialistica erogata da fornitori interni ed esterni, chiedendo a tutte le Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere di definire ed applicare progetti aziendali sulle liste di attesa (vedi PAL ASL ed AO). Su questo terreno scontiamo probabili effetti indesiderati della libera professione<sup>1</sup>, nonché l'apporto della quota di inappropriata della domanda da carente attività di filtro; inoltre, ci sono anche aree di domanda non espressa nel pubblico, in cui, pur non avendo la lista di attesa, vi sono dubbi sulla effettiva agibilità di alcuni percorsi (es.: percorso ecografico in gravidanza, e l'accesso al parto) per l'avanzato sviluppo raggiunto dalla privatizzazione effettiva dei percorsi.

<sup>1</sup> In termini organizzativi la libera professione corrisponde ad una micro-aziendalizzazione dell'assistenza specialistica ed ospedaliera; ogni professionista ha grande autonomia nel determinare quanti pazienti possono avere una risposta lungo i percorsi del pubblico e quanti pazienti, invece, possono avere una risposta nei percorsi della libera professione. Quello italiano è l'unico SSN al mondo ad aver attivato la libera professione.

### c) Assistenza ospedaliera.

In termini di indicatori di dotazione ed attività ospedaliera:

- o l'indice di dotazione dei posti letto ordinari in Umbria si attesta a fine 2001 su un valore pari a circa 4,26 p.l. per 1.000 (vs. 5,5x 1000 a livello nazionale) mentre la legge 405/2001 indica come riferimento il 4 x 1000 dei p.l. per acuti;

**Tabella 2-2: Posti letto dei Presidi Umbri negli anni 1999 – 2001 in relazione alle previsioni del PSR.**

Presidio	Posti letto							
	1999 1999		2000 2000		2001 2001		Tot.2001 do+dh	Previsione# PSR 99-01
	Deg.ord.	dh	Deg.ord.	dh	Deg.ord.	dh		
Città di Castello – Umbertide	268	34	238	31	230	41	271	
Gubbio	126	22	113	14	111	20	131	
<b>Totale ASL 1</b>	<b>394</b>	<b>56</b>	<b>351</b>	<b>45</b>	<b>349</b>	<b>51</b>	<b>402</b>	355
<b>Presidio ASL 2</b>	<b>300</b>	<b>68</b>	<b>264</b>	<b>61</b>	<b>259</b>	<b>64</b>	<b>323</b>	<b>365</b>
Presidio Foligno	352	43	324	59	307	65	372	
Presidio Spoleto	202	22	187	13	176	35	211	
<b>Totale ASL 3</b>	<b>554</b>	<b>65</b>	<b>511</b>	<b>72</b>	<b>483</b>	<b>100</b>	<b>583</b>	606
Presidio Orvieto	134	23	147	16	147	14	161	
Presidio Narni Amelia	158	16	155	10	147	10	157	
<b>Totale ASL 4</b>	<b>292</b>	<b>39</b>	<b>302</b>	<b>26</b>	<b>294</b>	<b>24</b>	<b>318</b>	257
<b>AOPG</b>	<b>881</b>	<b>134</b>	<b>866</b>	<b>154</b>	<b>830</b>	<b>148</b>	<b>978</b>	900
<b>AOTR</b>	<b>685</b>	<b>103</b>	<b>581</b>	<b>80</b>	<b>563</b>	<b>84</b>	<b>647</b>	515
SPDCPG	24	1	24	1	24	1	25	**
SPDCTR	6	1	6	1	6	1	7	**
<b>Tot. Umbria p.l. pubblici per acuti</b>	<b>3136</b>	<b>467</b>	<b>2905</b>	<b>440</b>	<b>2828</b>	<b>473</b>	<b>3301</b>	2998
<i>Previsione PSR</i>	2990	757	2800	568	2430	568	2998	
Case di cura private	223	18	223	18	223	18	241	157
<i>Previsione PSR</i>	196	0	183	0	157	0	157	
<b>Tot.Umbria p. l. per acuti</b>	<b>3359</b>	<b>485</b>	<b>3128</b>	<b>458</b>	<b>3051</b>	<b>491</b>	<b>3542</b>	3155
<i>Previsione PSR</i>	3186	757	2983	568	2587	568	3155	
Riabilitazione Passignano			16		16		16	
Neuroriabilitazione Trevi	13	7	22	7	22	7	29	
Riabilitazione Umbertide			39		39		39	
Riabilitazione cardiologica Gualdo*		5		5		5	5	
Riabilitazione Case di cura private	15		15		15		15	15
<b>Totale Umbria p.l. riabilitazione</b>	<b>28</b>	<b>12</b>	<b>92</b>	<b>12</b>	<b>92</b>	<b>12</b>	<b>104</b>	415
<i>Previsione PSR</i>	208		331		415		415	

#Per le ASL 2, 3 e 4 la previsione include i p.l. degli SPDC (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura), mentre per le AO le variazioni in aumento sono collegate con il riscontro di una mobilità attiva interregionale

- o Si può osservare come le previsioni del PSR siano state rispettate nella ASL 2 (con l'avvertenza che il nosocomio di Assisi lavora, a causa dei danni del sisma del 1996, con un numero di p.l. inferiore a quelli autorizzati) e 3,

mentre scostamenti in eccesso sono osservabili nella ASL 1 e 4 e nelle case di cura private accreditate dove, tra l'altro, l'autorizzazione di posti in dh (non prevista dal PSR) è avvenuta in modo aggiuntivo e non sostitutivo. Ai sensi del PSR 1999-2001 la mobilità interregionale attiva conseguita compensa i p.l. in eccesso;

- il tasso d'utilizzazione dei posti- letto è mediamente alto (circa 80%);
- la durata media della degenza è più bassa del dato medio italiano.
- il tasso d'ospedalizzazione nel 2000 è stato pari a 227 per mille; risultato anche della presenza di una popolazione molto anziana che va incontro a molti episodi di cura ed al notevole sviluppo delle attività di day hospital e day surgery; una volta escluse queste il tasso d'ospedalizzazione in degenza ordinaria si attesta su (156) per mille residenti;

A fronte di ciò rileviamo ancora una rigidità degli assetti ospedalieri, ancora poco flessibili al mutamento dei bisogni assistenziali ed anche agli scenari della compatibilità.

La rete riabilitativa è ancora poco sviluppata: abbiamo pochi posti- letto di riabilitazione ed un' articolazione delle specialità ancora embrionale.

Gli andamenti triennali hanno evidenziato alcuni cedimenti (cadute della mobilità passiva) nel saldo della mobilità interregionale che fino al 1998 per l'Umbria è stato fortemente attivo.

L'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari, in merito alla capacità dei Servizi Sanitari di erogare a livello appropriato (Day Hospital e Day Surgery) l'assistenza per i 43 DRG che nell'accordo sui LEA sono stati individuati come fonte di inappropriatazza, colloca l'Umbria nell'anno 1999, tra le prime regioni italiane, con il 33,45% di appropriatezza contro un dato medio italiano del 24%, un risultato ottenuto grazie allo sviluppo della Day Surgery ed al lavoro svolto dalle Direzioni aziendali con l'emanazione di linee guida.

Dal luglio del 2000 è stato introdotto il sistema di finanziamento a Global Budget<sup>1</sup> previsto dalla legge regionale 3/98 e dal PSR 1999-2001 il cui atteso impatto sull'appropriatezza è rimasto solo sul piano teorico perché, data l'esiguità delle disponibilità finanziarie, le contrattazioni con le Direzioni Aziendali si sono prolungate nel tempo fino a non applicare concretamente nessuno degli strumenti previsti nella delibera regionale sugli accordi. Applicato a consuntivo anche questo strumento è ovviamente inefficace.

Nella *day-surgery* la nostra Regione, anche grazie allo sviluppo culturale ed aziendale avuto presso l'AO di TR, ha conseguito una posizione di assoluto rilievo in campo nazionale. Gli indicatori utilizzabili nel settore dimostrano che sono effettuate in Day Surgery il 50% delle prestazioni effettuabili e, aggiungendo anche le prestazioni che, pur non essendo codificate come Day Surgery, comportano un tempo effettivo di permanenza in ospedale pari ad un giorno o in ogni modo si avvicinano a questo intervallo assistenziale, si ottiene un indice di trasferimento ridefinito che sale al 75,8% degli interventi effettuabili in DS.

---

<sup>1</sup> A differenza di quanto previsto dalla legge 229/99 in Umbria (legge 3/98 e PSR 1999-2001) il Global Budget è stato inteso come sistema di finanziamento a funzione ideato per contenere alcuni effetti indesiderati del sistema di pagamento a tariffa: questo tende a generare più ricoveri e stimola l'interesse per l'erogatore ad avere - o a rappresentare tramite codifiche che ne sovrastimano l'impatto - una popolazione più malata e con malattie più complicate; se invece si definisce, a priori, ovviamente stimando opportunamente i costi, qual è il corrispettivo finanziario da assegnare all'erogatore a fronte di un volume di ricoveri programmato e di complessità assistenziale appropriata, questi non è incentivato a produrre più ricoveri e, allo stesso tempo ha interesse a che la popolazione sia più sana o, se malata, con malattie per quanto possibile senza gravi complicanze. In questo modo si cerca di ridurre il numero di ricoveri disattivando i meccanismi inflattivi e garantendo i cittadini dagli effetti perversi di meccanismi competitivi che non giovano alla difesa della salute.

## INDICI DI TRASFERIMENTO 2000

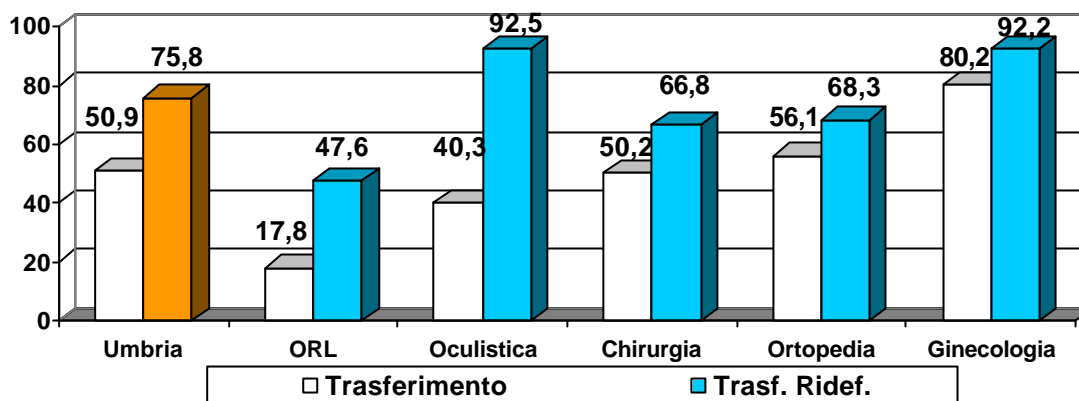


Figura 2-12: Indici di trasferimento 2000

La figura 2-12 indica i margini di miglioramento per le diverse branche chirurgiche; peraltro in molte specialità anche la DS è inappropriata rispetto alla chirurgia ambulatoriale.

Per i **dipartimenti ospedalieri** a cinque anni dalla loro attivazione sperimentale con la DGR 781/97, ripresa dal PSR 1999-2001, vi è ancora una scarsa conformità al modello auspicato, con duplicazioni intraaziendali di presidi e dipartimenti che, pur rientrando nell'autonomia organizzativa dei DG, rendono troppo circoscritte le aree d'esercizio professionale: un medico attivo in un dipartimento che serve meno di 40.000 ab., vedrà una casistica limitata, mentre in un dipartimento aziendale potrebbe osservare casistiche più ampie con migliori performance professionali ed anche il confronto con gli altri professionisti sarebbe più fruttuoso.

Tra le tipologie attivate prevalgono: Medicina, Chirurgia, Laboratorio e Diagnostica Strumentale; diversi tra loro sono i Dip. materno- infantile, uno dei quali è stato addirittura abolito.

L'AOPG è partita su questo terreno con un po' di ritardo, sia per le note vicende legate agli avvicendamenti nei vertici aziendali sia per le difficoltà connesse con la complessità effettiva dei livelli organizzativi, derivante dalla presenza simultanea di molti poteri professionali.

L'assegnazione di risorse ai dipartimenti non ha avuto sufficiente sviluppo e si è esitato nell'affidare leve effettive di gestione. La formazione dei Direttori su temi gestionali non è ancora stata avviata su scala regionale.

Accanto a questi aspetti formali, la nostra regione è in ritardo rispetto all'attivazione del governo clinico indicato come la loro vera missione.

**Umbria Soccorso 118**, il servizio attivato nel marzo '99, in generale, è a regime e soffre di alcune ridondanze nei livelli funzionali previsti; infatti, rispetto alla consistenza epidemiologica delle emergenze in Umbria, i livelli organizzativi previsti da un lato sono troppi (3 centrali e 7 DEA), finendo così per rendere talora nominali i servizi, mentre se tutti avessero le dotazioni previste si realizzerebbe un consistente sottoutilizzo di risorse, con rischi di caduta di performance. C'è un Comitato Regionale di Coordinamento che monitora i processi organizzativi e individua criticità. Aree problematiche sono rappresentate dalla necessità di sviluppare verifiche sugli outcome e sui percorsi assistenziali, nonché sull'appropriatezza dei livelli assistenziali in relazione alla presenza di 3 centrali operative in Umbria e attive 24 ore su 24, alla scarsa influenza delle ASL nella loro gestione e nella assenza dell'elisoccorso.

### e) La programmazione di settore

La Relazione sui processi e sugli assetti organizzativi (Regione Umbria, 2002) contiene relazioni sui monitoraggi relativi a tutti i progetti di settore di cui riportiamo qui una valutazione di sintesi.

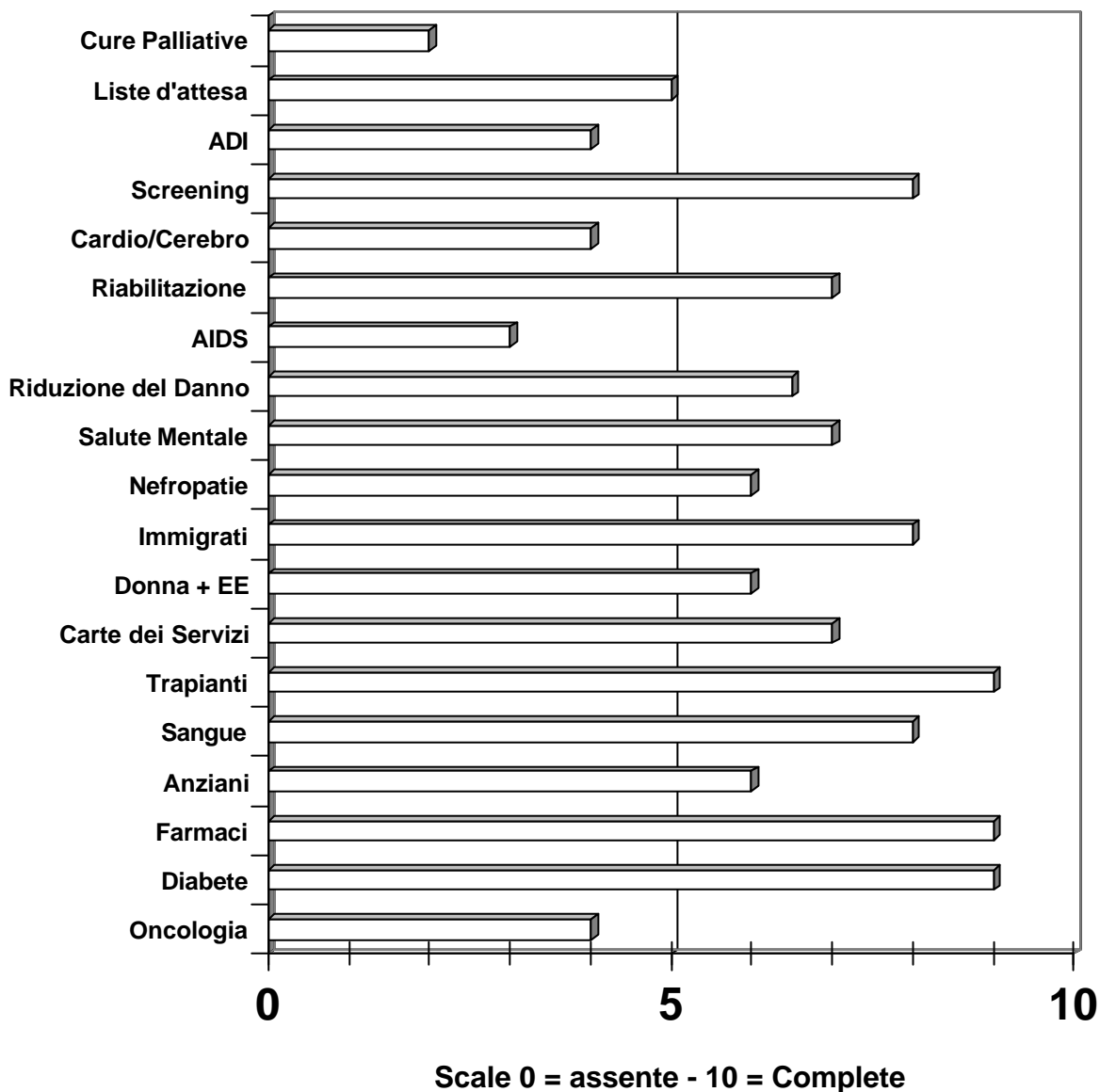


Figura 2-2 Grado di realizzazione dei programmi di Settore. Fonte: valutazione Servizio II° su monitoraggi

Il progetto regionale sulla salute dentale, pur avendo un ruolo del tutto rilevante per lo stato di salute della popolazione, è stato inibito nel suo sviluppo dal DPCM sui LEA, che limitano l'assistenza odontoiatrica e ristrette categorie di aventi diritto.

#### f) I sistemi operativi di supporto

L'esperienza del triennio a fianco dei risultati conseguiti nel campo dell'appropriatezza, indicando la necessità di ulteriori miglioramenti anche nei seguenti settori:



- sistemi di finanziamento che supportino l'attività di iniziativa;
- l'Educazione Continua del Medico e degli altri professionisti attivi nel SSR<sup>1</sup>
- l'accreditamento professionale ed istituzionale;
- i sistemi informativi del territorio;
- osservazione epidemiologica per i servizi socio-sanitari.

### **g) Alcune problematiche emerse nella gestione della sanità**

Il triennio 1999-2001 ha rappresentato un periodo in cui le performance delle aziende sanitarie locali ed ospedaliere in Umbria sono state tali da consentire la tenuta complessiva del SSR. Va anche ricordato come la fase precedente al 1999 abbia visto un forte turn-over nelle direzioni aziendali, che ha sicuramente compromesso la stabilizzazione delle relazioni tra poteri amministrativo, professionale e politico e reso difficili le valutazioni sulla capacità delle aziende, così come prefigurate dalla normativa nazionale e regionale, di assolvere la mission loro affidata.

La scelta operata con il PSR 1999-2001 a favore di una netta separazione tra le funzioni di governo – affidate alla Regione – e quelle gestionali - assegnate alle aziende – consente oggi alcune valutazioni aggiuntive rispetto a quelle relative al giudizio generale sopra espresso, riferibili specificamente alle performance determinatesi sul terreno della gestione della Sanità

Sono infatti emersi una serie di problemi tra cui:

- accezioni e pratiche del concetto di autonomia aziendale molto eterogenee, con ricadute nelle relazioni con i Sindaci, la società civile e la stessa Direzione Regionale Sanità e Servizi sociali;
- il ricorso (peraltro talora solamente a livello enunciativo), nelle relazioni tra direzioni aziendali e macrolivelli assistenziali, ai soli sistemi operativi legati ai classici strumenti di programmazione e controllo, mentre quelli collegati al governo clinico non hanno goduto della necessaria attenzione sia in fase di regia che in quella di indirizzo e valutazione dei macrolivelli assistenziali;
- una forte attenzione alla produzione di prestazioni (effetto scontato degli omonimi sistemi di finanziamento), con minore attenzione alle attività di iniziativa, alla qualificazione della domanda, all'integrazione socio-sanitaria, nonché all'integrazione delle prestazioni all'interno di alcuni grandi percorsi assistenziali;
- una difficoltà a delegare responsabilità gestionali a distretti e dipartimenti;
- forti difficoltà nella integrazione tra ospedale territorio, riflesse anche nei ritardi in sede di stipulazione degli accordi tra ASL ed AO che insistono sullo stesso territorio.

## **2.3 Altri elementi di contesto**

### **A) Cambiamenti connessi con il vigente modello di globalizzazione.**

In politica sanitaria internazionale sta avendo luogo, a livello globale un mutamento di attori, risorse e cornici concettuali. La sempre più ovvia rilevanza che gli accordi internazionali su

---

<sup>1</sup> L'Educazione Continua del Medico è, concettualmente, organica con l'ipotesi organizzativa del nostro SSR, che vede nella formazione la principale leva per migliorare la qualità e il principale meccanismo di selezione nelle organizzazioni professionali, accettando i professionisti che questa sia regolata dal mantenimento di un adeguato livello di conoscenze scientifiche.

commercio e investimenti hanno sulle politiche sanitarie e sulla salute non ha ancora trovato corrispondenza nella capacità della Organizzazione Mondiale della Sanità di vedersi come Organizzazione mondiale per la salute piuttosto che come Organizzazione internazionale dei Ministeri della Sanità. Infatti quando sono negoziati i principali accordi commerciali internazionali come quelli promossi dall'Organizzazione Mondiale per il Commercio, l'OMS è poco presente nell'analizzare e prevedere in anticipo gli effetti che questi trattati possono avere sulla salute (pensiamo ad esempio al problema dei brevetti nel campo delle conoscenze relative al genoma umano, che ha immense implicazioni applicative), mentre si limita ad assistere i Ministeri della Sanità a far fronte alle conseguenze ormai in atto di tali accordi commerciali. A livello globale la salute è determinata dalle politiche economiche globali, nella cui definizione svolgono un ruolo fondamentale altre organizzazioni internazionali<sup>1</sup>.

## B) La nuova classificazione dello stato di salute

La classificazione sulla disabilità pubblicata nel 1980 ha, a suo tempo, costituito una svolta nel proporre la malattia come una condizione patologica che oltre al danno produce una menomazione delle funzioni fisiologiche e una disabilità nelle attività comuni della persona con un aspetto di limitazione sociale definibile come handicap, contribuendo ad appropiare la malattia da più aspetti, non solo quello relativo alla cura medica.

Negli ultimi anni c'è stato un processo di revisione di questa classificazione che ha portato a modificarne la base concettuale. Così alla l'ICIDH (International Classification of Impairment, Disability and Handicap) del 1980 ha fatto seguito la nuova classificazione ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), una classificazione sullo stato di salute che mantiene la struttura di valutazione multidimensionale analizzando:

- Le funzioni fisiologiche del corpo
- Le attività della persona
- La partecipazione della persona

La classificazione non è quindi una classificazione delle persone ma l'identificazione dello stato di salute. Da questo punto di vista la malattia e la disabilità conseguente rappresentano un peggioramento della condizione di salute mentre viene definito un linguaggio comune - in particolare tra l'ambito medico e sociale - creando le basi concettuali per un lavoro più integrato.

Nella nuova ICF lo stato di salute risulta dall'intersezione tra aree di performance e fattori personali ed ambientali:

### *Funzioni e Strutture del Corpo*

Il corpo è costituito da strutture anatomiche e funzioni fisiologiche la cui alterazione costituisce la menomazione che produce una limitazione della funzione.

### *Attività*

Quando si entra nel merito della seconda dimensione, emerge il risvolto funzionale ed è necessario rispondere alla domanda "Quali sono le attività e come le svolge l'individuo?"

**L'attività** è ciò che un individuo fa attraverso un **uso** integrato delle funzioni corporee. Riguarda l'effettiva prestazione e non si riferisce ad una attitudine, ad un potenziale, ad un'abilità o a quello che potrebbe fare la persona. E' l'esecuzione di un compito semplice o complesso che va, quindi, dal mangiare alla programmazione della routine quotidiana.

---

<sup>1</sup> Alcuni esperti della Banca Mondiale e della OMS ritengono che l'Organizzazione Mondiale del Commercio sia probabilmente l'agenzia internazionale che ha la maggiore influenza in campo sanitario.

## STATO DI SALUTE (disordini/malattie)

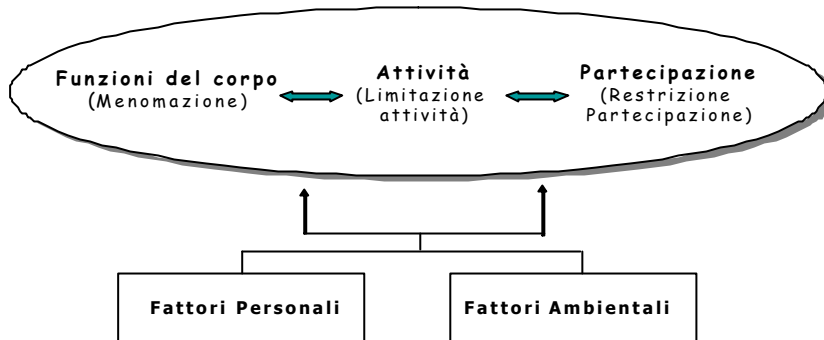


Figura 2.14 La nuova classificazione ICF.

### Partecipazione

La **partecipazione** rappresenta il grado di coinvolgimento di un individuo nelle situazioni di vita<sup>1</sup>, in relazione alle condizioni di salute, alle funzioni e alla struttura del corpo, alle attività e ai fattori contestuali. L'effetto principale dei fattori contestuali implicati nella partecipazione è a livello sociale. Un ambiente con barriere e senza facilitatori ridurrà la partecipazione di un individuo anche in assenza di limitazioni dell'attività.

### Fattori contestuali

I fattori contestuali rappresentano il retroterra della vita di un individuo e includono:

- fattori ambientali, che incidono sugli aspetti fisici, sociali e personali e quindi sul contesto generale di vita della persona fino a condizionare, in maniera positiva o negativa, le capacità di eseguire azioni o compiti, la funzione o la struttura del corpo, il ruolo di membro attivo della società. Ne fanno parte: prodotti e tecnologia, ambiente naturale e cambiamenti ambientali provocati dall'uomo; supporto e relazioni, attitudini, servizi, sistemi e politiche;

- fattori personali, che costituiscono il background personale della vita di un individuo; comprendono le caratteristiche dell'individuo che non fanno parte di una condizione di salute o dello stato funzionale (es: età, il sesso, la razza, la formazione culturale, le esperienze, la personalità e lo stile caratteriale, lo stile di vita, le abitudini, l'educazione ricevuta, gli stili di  *coping* etc).

In questa nuova classificazione, il concetto di disabilità è usato in modo più ampio rispetto alla ICIDH: se prima la disabilità rappresentava essenzialmente la limitazione delle attività della persona, ora costituisce un termine ombrello sotto cui si identifica la limitazione delle funzioni e delle strutture del corpo, la limitazione delle attività e la restrizione della partecipazione, misurando quindi la limitazione delle funzioni e nell'attività rispetto all'ambiente in cui si vive. A sua volta il concetto di **handicap** viene sostituito -in parte- da quello di restrizione della partecipazione.

<sup>1</sup> Elementi cruciali per definire l'interazione dell'individuo con l'ambiente sono costituiti:

- dalla capacità, che indica il livello probabile e più alto di funzionamento che una persona può raggiungere in uno specifico ambito in un dato momento. Per stimare l'abilità dell'individuo, occorrerebbe avere un ambiente "standardizzato" al fine di neutralizzare l'impatto che possono avere ambienti diversi sull'abilità del medesimo;
- dalla prestazione, che descrive quello che riesce a fare un individuo nell'ambiente reale con le limitazioni o facilitazioni relative. L'ambiente è inteso nella più ampia accezione, ovvero come contesto sociale: di vita, di lavoro, di studio e di tempo libero.

Gli ambiti o sfere di valutazione delle attività e della partecipazione sono molteplici<sup>1</sup>.

### **3 RISORSE DISPONIBILI E VINCOLI PER LA SOSTENIBILITÀ NEL MEDIO PERIODO**

#### *A) I meccanismi di finanziamento del SSN introdotti dal federalismo fiscale*

Con il D.L.vo 56/2000 cessano, a decorrere dall'anno 2001, alcuni trasferimenti erariali dallo Stato alle Regioni, tra cui il Fondo Sanitario Nazionale.

I trasferimenti erariali soppressi sono stati compensati con :

- l'aumento dell'addizionale IRPEF, le cui aliquote minima e massima vengono portate rispettivamente da 0,5% a 0,9% e da 1% a 1,4%;
- l'aumento della compartecipazione regionale all'accisa sulla benzina, il cui importo viene aumentato da 242 a 250 lire per litro di benzina venduta;
- l'istituzione della compartecipazione regionale all'IVA (inizialmente il 25,7%, poi portata al 38,55% dal d.p.c.m. 17 maggio 2001).

Quindi attualmente le fonti di finanziamento della spesa sanitaria sono le seguenti :

- 1 ) IRAP
- 2 ) addizionale IRPEF
- 3 ) compartecipazione all'accisa sulla benzina
- 4 ) compartecipazione all'IVA
- 5 ) Fondo Perequativo Nazionale
- 6 ) entrate proprie delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere
- 7 ) eventuali entrate derivanti dalla mobilità sanitaria extraregionale.

Il Fondo Perequativo Nazionale è stato istituito per garantire a tutte le regioni la copertura del proprio fabbisogno per l'assistenza sanitaria. La perequazione avviene con il gettito della compartecipazione all'IVA: si valuta da un lato quale sia la quota di IVA di spettanza regionale in base alla media dei consumi delle famiglie registrati negli ultimi tre anni in ogni regione, dall'altro si stabilisce quale sia la quota di IVA che serve a pareggiare il fabbisogno negoziato tra Stato e Regioni, considerate le entrate regionali per IRAP, addizionale IRPEF (in base ai residenti), compartecipazione all'accisa sulla benzina, entrate proprie delle aziende sanitarie e mobilità sanitaria extraregionale.

L'accordo dell'8 agosto rende attivo tale schema di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, stabilendo la contestualità fra definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e determinazione del fabbisogno finanziario, quest'ultimo inteso come tetto invalicabile delle assegnazioni di risorse pubbliche statali alle Regioni per assicurare ai propri cittadini le prestazioni previste dai LEA. Nel caso di superamento del limite di spesa fissato, le Regioni devono integrare il finanziamento ricorrendo all'imposizione di tasse, alla introduzione di ticket o all'adozione di altre

misure di razionalizzazione idonee a recuperare nel corso dell'esercizio successivo lo scarto fra risorse assegnate e fabbisogno effettivo.

### *B) Le risorse finanziarie disponibili nel triennio*

Per valutare la dimensione del finanziamento previsto per il prossimo triennio è opportuno fare un confronto con il triennio che si è appena concluso con il 2001 che ha visto un incremento del finanziamento superiore al 10% all'anno, mentre la prospettiva dei finanziamenti per il triennio 2002-2004, come sancito dall'accordo dell'8 agosto tra Stato e Regioni riduce questo incremento ad un ordine del 4,5% medio all'anno.

Tale tasso di crescita non è però garantito alle singole Regioni, perché dipende dai criteri di revisione dei criteri di ponderazione della quota capitaria che verranno adottati effettivamente nel corso del triennio, anche se ci si aspetta una rimodulazione contenuta. Nella tabella 2-12 è indicato l'intervallo all'interno del quale può oscillare il finanziamento del SSR

**Tabella 2.12: EVOLUZIONE DEI FINANZIAMENTI DEL SSR UMBRO: 2002-2004**

	FABBISOGNO*		
	2002	2003	2004
Ipotesi minima: quota capitaria rimodulata		1.106.544.617	1.149.686.229
Ipotesi intermedia: parametri accordo Perugia	1.100.596.650	1.144.372.322	1.189.918.340
Ipotesi massima: + 5% annuo		1.172.951.086	1.231.598.641

\*Nel fabbisogno sono incluse le entrate proprie delle Aziende sanitarie. Per il 2002 la cifra assegnata alla Regione Umbria è stata determinata in 1.117 milioni d'Euro.

\*\* Non comprende gli oneri derivanti da futuri contratti e convenzioni.

Con il limite appena ricordato, possiamo però affermare che l'accordo dell'8 agosto, offre una relativa certezza delle risorse disponibili o, se preferiamo, ci rende consapevoli della limitatezza delle risorse su cui possiamo fare affidamento, tenuto conto che l'indice d'inflazione specifico per la sanità è del 7%.

### *C) Il finanziamento delle Regioni basato sulla quota capitaria*

Poiché il finanziamento a quota capitaria deve garantire il raggiungimento di un equilibrio tra risorse disponibili ed erogazione di appropriate prestazioni e servizi socio-sanitari attraverso i LEA, il sistema di riparto del Fondo Sanitario Nazionale alle regioni prevede un sistema di pesi e/o di fattori di aggiustamento specifici per ciascun livello e sotto-livello di assistenza, come è illustrato nel prospetto seguente che illustra il riparto del FSN per l'anno 2000.

**Tabella 2-13: pesi per il finanziamento su quota capitaria**

<i>1° Livello</i> <b>Ass. collettiva</b>	<i>2° Livello</i> <b>Ass. distrettuale</b>				<i>3° Livello</i> <b>Ass. ospedaliera</b>
5%	49%				46%
	MG + altra ass. 19,2%	Farm. 12,6%	Spec. 12,2%	Anziani 5,0%	
radice cubica tasso di mortalità infantile e perinatale	densità della popolazione (solo sul 9% del totale della quota)	pesi per classi di età	pesi per classi di età (ricorso al DH)	Numero di ultra 65enni	pesi per classi di età (SDO) e radice cubica tasso stand. mortalità (1-74)

Fonte: ASSR 2001

Per quanto riguarda la farmaceutica e la specialistica ambulatoriale l'assegnazione alle Regioni è corretta mediante un sistema di pesi costruiti sul livello relativo di consumo per classe di età; per l'assistenza agli anziani si tiene conto della popolazione ultrasessantacinquenne presente sul territorio delle diverse regioni; per la medicina generale si considera la popolazione presente sul territorio regionale con un aggiustamento in base alla densità della popolazione stessa (solo sul 9% del totale della quota). Per l'assistenza ospedaliera l'allocazione dei fondi alle Regioni segue un sistema di determinazione della quota capitaria costruito in base al consumo relativo di risorse ospedaliere per classi di età, ulteriormente aggiustato mediante applicazione della radice cubica del tasso di mortalità generale 1-74 anni.

La Conferenza straordinaria dei Presidenti delle Regioni di Perugia del 15 Dicembre 2001 ha raggiunto un accordo sullo schema di ripartizione 2002, basato su una contenuta riduzione del peso delle classi di età più anziane sia per la farmaceutica che per l'ospedaliera.

Sulla base di tale accordo all'Umbria è riconosciuto un fabbisogno per il 2002 di €1.100 milioni (corrispondenti a 2.131 miliardi di Lire), pari all'1,53% del totale delle risorse disponibili, in linea con l'incremento atteso di circa il 4,5% rispetto l'anno precedente (vedi tab. 2-12).

## 4 GLI OBIETTIVI DI SALUTE E LE AZIONI FUNZIONALI AL LORO RAGGIUNGIMENTO

Gli obiettivi di salute del PSR, sulla base di quanto prima esposto, sono:

A) Aumentare la speranza di vita senza disabilità alla nascita ed a 60 anni

L'aumento della speranza di vita senza disabilità - alla nascita ed a 60 anni - rappresenta un indicatore sintetico dei contributi forniti al miglioramento dello stato di salute della popolazione da:



**Figura 3-1: Anni vissuti senza disabilità**

- interventi di promozione della salute
- interventi di prevenzione primaria sull'ambiente di vita, sulla catena alimentare e sui fattori di rischio individuali legati a stili di vita nocivi per la salute;
- interventi di prevenzione primaria sugli incidenti da traffico, sul lavoro, domestici, e rivolti alla riduzione del danno conseguente all'uso di sostanze psicotrope;
- interventi di prevenzione secondaria (screening, controllo del rischio cardiovascolare globale, etc);
- interventi terapeutici e riabilitativi efficaci che, pur attivati dopo l'insorgenza della patologia, permettono la completa restituzione ad integrum del malato.

*Target<sup>1</sup>:*

# aumentare nel triennio di Piano la speranza di vita senza disabilità alla nascita:

- per la popolazione generale(M+F) da 72,7 anni a 74,5 anni;
- per i maschi da 70 anni a 71,9;
- per le femmine da 75,4 anni a 77,2.

## aumentare nel triennio di Piano la speranza di vita senza disabilità a 60 anni:

- per i maschi da 16,2 anni a 17,5;
- per le femmine da 19,7 anni a 21,7.

## B) Ridurre la disabilità residua

La riduzione della disabilità residua rappresenta il risultato clinico e funzionale raggiungibile principalmente attraverso interventi terapeutici e riabilitativi efficaci, attivati dopo l'insorgenza della patologia invalidante e che, pur non permettendo la completa restitutio ad integrum del paziente, consentono di ottenere riduzioni della disabilità statisticamente significative rispetto a trattamenti di controllo.

Del pari, tale obiettivo di salute rappresenta la principale consegna che il Piano affida al *governo clinico*, chiamato a far confrontare con la cultura dell'outcome l'attività dei settori assistenziali nelle cure primarie ed in quelle ospedaliere.

A tal fine il PSR valorizza l'intervento riabilitativo come una funzione fondamentale per agire sulla riduzione della disabilità. In particolare alcune azioni assumono carattere di priorità:

- Interventi sull'ambiente di vita per diminuire le limitazioni che restringono la partecipazione sociale;
- Interventi di prevenzione secondaria al fine di evitare danni aggiuntivi con conseguente degrado della disabilità;
- Tutti gli interventi clinici e chirurgici effettuati dopo l'insorgenza conclamata della patologia
- Interventi riabilitativi efficaci all'interno di una rete integrata regionale.
- L'utilizzo di adattamenti ambientali, ausili e protesi all'interno di un progetto riabilitativo.

---

<sup>1</sup> Il DALE viene stimato usando tre tipi di informazioni: la frazione di popolazione sopravvivente a ciascuna età, calcolata con i tassi di nascita e di morte; la prevalenza di ciascun tipo di disabilità a ciascuna età; il peso attribuito ad ogni tipo di disabilità che può variare o meno con l'età (WHO, 1999). L'area della mortalità rappresenta le perdite in termini di decessi rapportate ad un livello elevato di speranza di vita: il carico di morbosità corrisponde alla totalità di questa area aumentata della frazione dell'area corrispondente al tempo trascorso con una disabilità (DALE1; OMS 2001). Questa frazione dipende dai pesi di disabilità assegnati ai diversi stati che vanno dalla morte alla perfetta salute. La speranza di vita senza correzione per disabilità corrisponde all'insieme delle due aree di sopravvivenza, con e senza disabilità e cioè a tutta l'area situata sotto alla curva di sopravvivenza. Le stime effettuate dall'OMS per il DALE per l'Italia riguardano il triennio 1997-1999 e non sono disponibili a livello di singola regione: sono pari, alla nascita, a 70 anni per i maschi ed a 75,4 anni per le femmine, mentre sono pari a 72,7 anni per la popolazione generale; a 60 anni il DALE è pari a 16,2 anni per i maschi ed a 19,9 anni per le femmine. Da notare che nei Paesi che vantano le migliori performance, il DALE alla nascita sale in Giappone a 71,9 anni per i maschi, a 77,2 anni per le femmine ed a 74,5 per la popolazione generale, mentre il DALE a 60 anni per i maschi sale a 17,5 anni in Giappone ed a 21,7 anni nelle femmine in Francia. Tali maggiori guadagni di salute vengono assunti dal Piano come target per l'estensione del DALE e quindi saranno utilizzati in sede di definizione degli obiettivi di salute.



Target<sup>1</sup>:

- diminuire il tasso percentuale di disabilità sensoriali da 11,5 % al 10,5% (dato minimo regionale osservato per l'Italia);
- diminuire il tasso percentuale di disabilità nelle funzioni dal 27 al 25%
- diminuire il tasso percentuale di difficoltà di movimento dal 20,3 al 18 %
- diminuire il tasso di confinamento dal 16,3% verso il dato minimo regionale, il 15,5%.

## C) Ridurre il numero di anni di vita potenziale perduta per morti evitabili

La riduzione delle morti evitabili rappresenta una parte del risultato derivante dagli sforzi condotti per realizzare i due obiettivi precedenti, rispetto ai quali misura i risultati in termini di anni aggiunti alla vita, in particolare tramite:

- interventi di promozione della salute
- interventi di prevenzione primaria sull'ambiente, sulla catena alimentare e sui fattori di rischio individuali legati a stili di vita nocivi per la salute;
- interventi di prevenzione primaria sugli incidenti stradali, sul lavoro, domestici, sull'ambiente, sulla catena alimentare, sui fattori di rischio individuali nonché quelli rivolti alla riduzione del danno conseguente all'uso di sostanze psicotrope;
- interventi di prevenzione secondaria (screening, controllo del rischio cardiovascolare, etc);
- interventi clinici e chirurgici efficaci nell'evitare la morte.

**Tabella 3-1:** Decessi per causa di morte evitabile in età 5-69 anni – triennio 199-1997 (Fonte Prometeo 2002)

CODICI ICD 9	CAUSE EVITABILI (->) PER GRUPPO
da 001 a 139	Malattie infettive
da 001 a 139	➤ tutte le cause
da 140 a 239	Tumori
da 140 a 150; 155; 160, 161, 162 e 165; 188	➤ cavo orale; fegato; vie respiratorie; vescica
da 172 a 182; 186; 201	➤ pelle, mammella; utero; testicolo; mal. di Hodgkin
da 204 a 208	➤ leucemie Igiene e assistenza sanitaria
da 240 a 279	Malattie ghiandole endocrine, nutrizione, metabolismo e disturbi immunitari
da 280 a 289	Malattie sangue e organi emopoietici
da 290 a 389	Disturbi psichici, malattie sistema nervoso e degli organi di senso
da 320 a 322; 323.2,3,4	➤ meningite; poliomielite e altre infezioni

<sup>1</sup> Il calcolo della disabilità residua non è facile da ottenere né come stima della quantificazione della disabilità. Di qualche aiuto è l'indagine sulla disabilità effettuata dall'istat che ha evidenziato 4 domini principali nel definire la disabilità stessa:

- confinamento individuale (costrizione a letto, su una sedia non a rotelle o in casa),
- disabilità nelle funzioni (difficoltà nel vestirsi, nel lavarsi, nel fare il bagno, nel mangiare),
- disabilità nel movimento (difficoltà nel camminare, nel salire le scale, nel chinarsi, nel coricarsi, nel sedersi),
- disabilità sensoriali (difficoltà a sentire, vedere o parlare).

La disabilità è definita dall'indagine come la presenza di almeno una limitazione all'interno di 1 dominio.

da 390 a 459	Malattie sistema circolatorio
da 430 a 438	➤ <i>malattie cerebrovascolari</i>
da 393 a 398; da 401 a 405; da 410 a 414	➤ <i>cardiopatie reumatiche croniche malattia ipertensiva; malattie ischemiche cardiache</i>
da 460 a 519	Malattie apparato respiratorio
da 460 a 478; da 480 a 491; 495; 507	➤ <i>prime vie respiratorie; polmoniti, influenza, bronchiti; alveolite allergica; polmoniti da inalaz. solidi o liquidi</i>
da 520 a 579	Malattie apparato digerente
571.0,1,2,3	➤ <i>cirrosi e altre malattie del fegato da alcool</i>
531; da 540 a 543; da 550 a 553; da 575 a 576	➤ <i>ulcera gastrica; appendicite; ernie inguinali e addomin.; dist. cistifellea e vie biliari (escl. calcoli)</i>
da 630 a 676	Complicazioni gravidanza, parto e puerperio
da 630 a 676	➤ <i>tutte le cause</i>
da 680 a 709	Malattie pelle e tessuto sottocutaneo
da 710 a 739	Malattie sistema osteomuscolare e tessuto connettivo
da 740 a 759	Malformazioni congenite
da 745 a 747	➤ <i>malformazioni sistema cardiocircolatorio</i>
da 760 a 779	Condizioni morbose di origine perinatale
da 780 a 799	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti
da 800 a 999	Traumatismi e avvelenamenti
da 800 a 999	➤ <i>tutte le cause</i>

Non sfuggirà che tale indicatore - e l'area di interventi cui allude - pur sovrapponendosi in buona parte alla morbosità ed alla disabilità evitabile, non comprende il contributo fornito dagli interventi efficaci verso patologie che, pur non portando talora alla morte (es.: patologie psichiatriche), concorrono notevolmente a definire sia il quadro della disabilità che il peggioramento della qualità della vita dei pazienti che ne sono affetti.

Target:

- a) ridurre di almeno il 7%<sup>1</sup> nel triennio di Piano il tasso standardizzato di morti evitabili pari, nei maschi, a 152 (triennio 1996-1998) per 100.000;
- b) ridurre di almeno il 7% nel triennio di Piano il tasso standardizzato di morti evitabili pari, nelle donne, a 67,3 (triennio 1996-1998) per 100.000.

#### D) Garantire l'universalismo e l'equità di accesso alle prestazioni

L'equità di accesso alle prestazioni rappresenta la risposta del Piano alla presenza di soggetti che versano in peggiore stato di salute rispetto alle condizioni medie della popolazione o che sono inseriti, per motivi socio-economici e culturali, in circuiti di svantaggio ed esclusione che non permettono loro di accedere alla rete universalistica dei servizi messa a disposizione di tutti i cittadini. Gli interventi efficaci in tale direzione sono rappresentati da:

- interventi di prevenzione secondaria mirati per le specificità culturali e socio-economiche dei cittadini in questione;
- percorsi assistenziali preferenziali, in grado di potenziare l'accesso alle reti dei servizi rivolti alla popolazione generale;

<sup>1</sup> Questa percentuale viene definita in base al trend di decremento della mortalità evitabile osservato nel triennio precedente, il cui mantenimento viene assunto come limite inferiore del risultato ottenibile.

- attivazione di sistemi di finanziamento che garantiscano l'equità.

Non sfuggirà qui la volontà di evitare la creazione di circuiti assistenziali differenziati, garantendo invece sia le reti universalistiche di assistenza che percorsi preferenziali che favoriscono l'accesso dei più svantaggiati a tali reti.

Target<sup>1</sup>: *osservare outcome con differenze statisticamente non significative in definite aree di offerta assistenziale per le quali siano disponibili misure epidemiologiche di popolazione associabili alla condizione socio economica, alla residenza, alla provenienza geografica dell'assistito:*

- sopravvivenza relativa in pz. con diagnosi di tumore maligno;
- sopravvivenza relativa in pz in assistenza dialitica;
- adesione agli screening per il carcinoma del collo dell'utero e della mammella.

Mentre questo obiettivo è pertinente con la missione del SSR, cui è consegnato con grandi attese, connesso con esso - ma di pertinenza della promozione della salute e quindi dell'intervento intersettoriale - è la *riduzione delle disuguaglianze socio economiche nella salute*, qui citato perché evidenza che l'osservazione epidemiologica consegna alle leve del Governo regionale e locale, nonché alla società civile. Gli interventi che possono garantire risultati in questo settore sono sviluppati nella sezione 4 del Piano e rappresentati da:

## E) Ridurre i danni derivanti dall'errore in Sanità

La riduzione dei danni derivanti dall'errore in sanità rappresenta un dovere del SSR pubblica, a fronte delle evidenze epidemiologiche disponibili sulla consistenza del fenomeno, tale da contribuire a ridurre sensibilmente i benefici che la popolazione si attende dal sistema assistenziale che finanzia, con ciò rappresentando un paradossale risultato negativo del SSR.

Rimandando alla sezione 6.1 (promuovere il Governo clinico) per gli interventi in grado di ridurre il fenomeno, i target per questo obiettivo sono al momento così definibili:

- a) riduzione dei ricoveri connessi a fallimento e /o effetti collaterali della terapia in atto (base line da acquisire);
- b) riduzione degli incidenti con trauma a carico del pz in corso di ricovero (base line da acquisire);
- c) riduzione della percentuale di reintenti non programmati (base line da acquisire);
- d) riduzione degli IMA in corso di ricovero (base line da acquisire);
- e) riduzione degli ictus in corso di ricovero (base line da acquisire);
- f) riduzione della mortalità generale in corso di ricovero (base line da acquisire).

---

<sup>1</sup> Ovviamente il target non è rappresentativo dell'effettiva equa garanzia di accesso a tutti i servizi, per i quali peraltro non si dispone di osservazioni su base di popolazione, ma viene comunque assunto dal Piano come un indicatore dell'equità di accesso generale garantita dal SSR.

## 5 PATTI E PIANI INTEGRATI PER IL GOVERNO DELLA SALUTE

Richiamando le indicazioni dell'OMS in materia di determinanti e promozione della salute<sup>1</sup>, il Piano fa proprio l'orientamento che inquadra le azioni di sanità pubblica in una prospettiva globale.

In tale cornice la promozione della salute comprende:

- le principali politiche volte a connotare positivamente lo sviluppo dei determinanti di salute nell'ambito dei poteri e delle competenze assegnate alle istituzioni regionali;
- tutte le azioni volte al rafforzamento delle competenze e delle capacità di interazione degli individui e dei gruppi e al miglioramento delle condizioni sociali, ambientali, istituzionali ed economiche in modo da mitigare l'eventuale impatto derivante da un distorto o carente sviluppo dei determinanti di salute, di seguito sintetizzate nell'obiettivo di "manutenere e sviluppare il capitale sociale";
- la conseguente azione concertativa finalizzata ad integrare politiche istituzionali e capitale sociale presenti nel sistema regionale, tramite la stipula di "patti per la salute".

### 5.1 *Adottare politiche integrate sui determinanti di salute*

Le raccomandazioni sulle politiche che tutte le istituzioni presenti in Umbria dovrebbero adottare al fine di sviluppare positivamente i determinanti di salute sono tratte integralmente dalla letteratura dell'OMS. Esse sono assunte dal Piano<sup>2</sup> come:

- sintesi delle evidenze scientifiche disponibili sulle politiche che producono salute;
- base di partenza per sviluppare politiche di promozione della salute sostenibili.

#### **La scala sociale**

La vita comporta una serie di transizioni critiche: cambiamenti affettivi e materiali nell'infanzia, il passaggio dalla scuola primaria all'istruzione secondaria, l'inizio del lavoro, lasciare casa e avviare una famiglia, cambiare lavoro e affrontare eventuali licenziamenti e andare in pensione.

Ognuno di questi cambiamenti può influenzare la salute, portando la gente ad un grado di maggiore o minore vantaggio. Le persone che in passato sono state svantaggiate sono, in ciascuna transizione, a rischio maggiore. Questo significa che le politiche assistenziali devono garantire non solo reti di sicurezza ma anche dei "trampolini" per superare agevolmente gli svantaggi precedenti.

---

<sup>1</sup> Peraltro l'orientamento strategico dell'OMS in materia, formulato per la prima volta nel 1986 nella "Carta di Ottawa" e sviluppato in documenti successivi (Dichiarazione di Adelaide, Dichiarazione di Jakarta, Dichiarazione di Copenhagen, Dichiarazione di Atene) è basato su due principi chiave: intersettorialità e partecipazione comunitaria.

<sup>2</sup> Le politiche di promozione della salute sono supportate dall'Unione Europea attraverso una serie di Networks per i programmi di azione di comunità. In due di questi l'Italia è rappresentata dal Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria dell'Università di Perugia: il "European network of Health Promoting Agencies" e il "European network of Workplace Health Promotion". Inoltre lo stesso Centro conduce una ricerca del Ministero della Salute sul tema di un altro ambito previsto dal programma dell'Unione "European network on health promoting schools".

Una buona salute richiede la riduzione dei livelli di insuccesso scolastico, del grado di insicurezza lavorativa e della scala delle differenze di reddito nella società. Bisogna fare in modo che meno persone cadano nello svantaggio e che quelle che vi sono cadute, vi cadano in minima misura e per il minor tempo possibile. Politiche per l'istruzione, il lavoro e la casa hanno grande influenza sugli standard di salute. Le società che permettono a tutti i loro cittadini di avere un ruolo pieno ed utile nella vita di relazione, economica e culturale, sono più sane di quelle in cui la gente è messa di fronte all'insicurezza, all'esclusione ed alla privazione.

### **L'età evolutiva e la scuola**

Nuove azioni sono necessarie per sostenere la salute e lo sviluppo nella prima infanzia, in particolare tra le persone che si trovano in condizioni socioeconomiche svantaggiose. Le politiche dovrebbero avere lo scopo di:

- ridurre l'abitudine al fumo nei genitori;
- incrementare le conoscenze dei genitori in materia di salute e di comprensione dei bisogni affettivi dei bambini;
- introdurre programmi prescolastici non solo per migliorare la lettura e stimolare lo sviluppo cognitivo, ma anche per ridurre i comportamenti problematici nell'infanzia e promuovere successi scolastici, opportunità occupazionali e comportamenti sani nell'età adulta;
- coinvolgere i genitori in tali programmi prescolastici per rinforzare gli effetti dell'educazione e ridurre l'abuso sui bambini;
- garantire che le madri abbiano risorse sociali ed economiche adeguate;
- incrementare le opportunità di conseguire successi scolastici a tutte le età, perché l'istruzione è associata con una maggiore consapevolezza sulla salute ed una migliore auto-cura.

Investimenti in queste politiche potrebbero determinare forti guadagni di salute e capacità lavorativa nella futura popolazione adulta.

### **L'integrazione sociale**

Una risposta medica ai cambiamenti biologici che accompagnano lo stress può consistere nel cercare di controllarli attraverso l'uso di farmaci. Ma l'attenzione dovrebbe essere rivolta a monte, nel cercare di risolvere le cause dei danni alla salute.

Nelle scuole, nelle aziende ed in altre situazioni, la qualità dell'ambiente sociale e la sicurezza materiale sono spesso tanto importanti per la salute, quanto l'ambiente fisico. Istituzioni che possano dare alla gente un senso di appartenenza e di valorizzazione hanno una maggiore probabilità di divenire luoghi più sani rispetto a quelli in cui la gente si sente esclusa, non considerata e sfruttata.

Le politiche istituzionali dovrebbero considerare che i programmi di assistenza devono tenere conto ad un tempo dei bisogni materiali e psico-sociali: ambedue sono fonti di ansia e insicurezza. In particolare le istituzioni dovrebbero supportare le famiglie con bambini piccoli, incoraggiare le attività sociali, combattere l'isolamento, ridurre l'insicurezza materiale e finanziaria e promuovere abilità che riescano a far fronte agli stress subiti.

Un insieme di azioni a differenti livelli è necessario per fronteggiare gli effetti sulla salute delle esclusioni sociali. Tra queste vi sono:

- norme per proteggere i diritti dei migranti e delle minoranze e per prevenire discriminazioni;
- politiche per rimuovere le barriere per l'accesso ai servizi sanitari, ai servizi sociali ed a case economicamente accessibili;

- supporti economici adeguati negli stipendi minimi e politiche scolastiche e per il collocamento lavorativo;
- reddito e ricchezza dovrebbero essere ridistribuiti per ridurre le disuguaglianze materiali e la scala della povertà relativa; società più egualitarie tendono ad avere più alti standard di salute.

### **Il lavoro**

- Non ci dovrebbe essere incompatibilità tra salute e produttività sui luoghi di lavoro. Un circolo virtuoso può essere attivato: migliori condizioni di lavoro condurranno ad una forza lavoro più sana; questo a sua volta comporterà una migliore produttività e dunque la opportunità di creare un ambiente di lavoro ancora più sano.
- Un appropriato coinvolgimento nei processi decisionali può comportare benefici per la salute dei lavoratori a tutti i livelli dell'organizzazione;
- Ridefinire relazioni e procedure negli uffici e in tutti i luoghi di lavoro – per permettere ai lavoratori più controllo, una più ampia gamma di attività e più opportunità per esprimersi - fa bene alla salute;
- Un lavoro che non comporta appropriati riconoscimenti – in termini monetari, di autostima e di status– fa male alla salute;
- Per ridurre il carico dei disturbi muscolo scheletrici, i posti di lavoro dovrebbero essere appropriati ergonomicamente, così come l'organizzazione del lavoro.

### **La disoccupazione**

In questo campo le politiche dovrebbero avere tre obiettivi:

- prevenire la disoccupazione e l'insicurezza derivante dal lavoro;
- ridurre le difficoltà sofferte dai disoccupati;
- ridare alla gente un lavoro sicuro.

Gli interventi governativi per ridurre l'ampiezza delle oscillazioni nei cicli economici possono offrire un importante contributo alla sicurezza del lavoro e per ridurre la disoccupazione. Riduzioni dell'orario di lavoro possono anche avere un effetto benefico, se esse sono perseguite accanto a quelle rivolte ad aumentare la sicurezza e la soddisfazione del lavoro. Per permettere l'accesso al lavoro effettivamente disponibile, alti standard formativi e percorsi di riorientamento al lavoro sono importanti. Per coloro che hanno perso il lavoro sussidi che garantiscano una quota rilevante dello stipendio possono avere un effetto protettivo. Inoltre associazioni per il sostegno creditizio a coloro che hanno perso il lavoro possono avere un effetto benefico nel ridurre i debiti e sviluppare reti sociali.

### **Dipendenze**

Per affrontare con successo i problemi creati da consumo di sostanze psicotrope non basta supportare e prendersi cura delle persone che hanno sviluppato dipendenze, ma occorre anche affrontare i motivi della deprivazione sociale in cui i problemi sono radicati. Sono pertanto necessarie politiche che regolino la disponibilità di tali sostanze attraverso interventi sui prezzi e sulle licenze di distribuzione, che informino sui sistemi meno dannosi di consumo, che sviluppino l'educazione alla salute per ridurre il numero di nuovi consumatori nei giovani e, infine, che garantiscano servizi effettivi per la presa in carico dei consumatori. Nessuno di questi interventi avrà successo se i fattori sociali che inducono all'uso di sostanze psicotrope saranno lasciati invariati. Cercare di spostare tutta la responsabilità sul consumatore è chiaramente una risposta inadeguata. Questo colpevolizza la vittima piuttosto che permettere la comprensione della

complessità delle circostanze sociali che generano l'uso di sostanze psicotrope. Politiche efficaci in materia devono perciò essere supportate da politiche generali di intervento sociale ed economico.

### **L'ambiente**

Nell'ambito delle politiche ambientali assume particolare risalto l'idea di "città sana", o meglio di "città per la salute". Una politica per le "Città sane" è stata proposta dall'OMS (WHO, 1995; 1997;1998) e recepita in molte nazioni del mondo e regioni italiane (ma non ancora applicata nella maggior parte delle città umbre). Essa si basa sulla considerazione che la città è il livello di governo più vicino alla popolazione e, per tale ragione, può esercitare un notevole controllo sui fattori che influiscono sulla salute. Le condizioni perché una città possa definirsi "sana" sono:

- impegnarsi a migliorare la salute dei suoi cittadini in modo esplicito;
- dotarsi di una struttura dedicata, in base alle proprie risorse, a partire dalla valorizzazione di quelle esistenti;
- attivare un processo controllato per migliorare la città.

### **Il sistema dei trasporti**

Nonostante gli effetti dannosi sulla salute, gli spostamenti in macchina stanno aumentando rapidamente in tutti i paesi europei, mentre quelli a piedi e in bicicletta stanno diminuendo. Le politiche istituzionali devono capovolgere questo trend. Mentre il ventesimo secolo è stato quello in cui si è iniziato a ridurre l'uso di sostanze voluttuarie quali il tabacco, l'alcol e le droghe, così il ventunesimo secolo deve vedere una riduzione nella dipendenza delle persone dalle auto. Le strade dovrebbero dare la precedenza alle biciclette ed a percorsi pedonali per i brevi spostamenti, soprattutto nei paesi. Per gli spostamenti più lunghi dovrebbe essere potenziato il trasporto pubblico, con regolari e frequenti collegamenti con le aree rurali. Il sistema di incentivazione finanziaria dovrebbe essere ridefinito: ciò significa ridurre i finanziamenti per costruire nuove strade e che devono avere la priorità quelli per supportare il trasporto pubblico, creando parallelamente disincentivi fiscali per l'uso delle auto. Cambiamenti nell'uso del territorio sono anche necessari, quali: trasformare gli spazi stradali in spazi verdi, ridurre gli spazi destinati a parcheggio, dedicare apposite strade a pedoni e ciclisti, aumentare le corsie per i pulmann e le biciclette e ripensare allo sviluppo di periferie a bassa densità abitativa e supermercati extraurbani, che incrementano l'uso di auto private. Sempre di più l'evidenza suggerisce che la costruzione di nuove strade incoraggia un maggiore uso delle auto, mentre restrizioni al traffico, contrariamente alle attese, riducono gli ingorghi.

### **L'alimentazione**

Le politiche alimentari, ai diversi livelli, dovrebbero garantire:

- la disponibilità di cibi di alta qualità e freschi per tutti;
- democraticità e responsabilità in tutte le questioni che riguardano accordi sulla alimentazione, con la partecipazione di tutti i decisori e consumatori;
- sostegno per l'agricoltura sostenibile e metodi di produzione alimentare che conservino le risorse naturali e l'ambiente;
- protezione dei cibi prodotti localmente dall'invasione di prodotti del commercio alimentare mondiale;
- una più forte cultura alimentare per la salute, sviluppando la consapevolezza sul cibo e la nutrizione, la disponibilità di informazioni di base sulla cucina ed il valore sociale del preparare il cibo e di mangiare insieme, nonché l'utilizzazione di riferimenti scientifici sui nutrienti per le linee guida sull'alimentazione.

## 5.2 *Manutenere e sviluppare il capitale sociale*

Definite modalità di relazione sociale rappresentano una importante condizione di successo organizzativo sia per il pieno dispiegamento delle potenzialità comportate da una interazione “positiva” tra servizio sanitario e cittadini<sup>1</sup> che per interazioni efficaci all’interno del SSR.

La disponibilità in una organizzazione di risorse e motivazioni rivolte alla relazione sociale è descritta con il termine "capitale sociale"; questo rappresenta un fattore aggiuntivo determinante nel mobilitare quel livello in più di risorse, sia personali - necessarie per raggiungere un alto livello di adesione ai cambiamenti proposti - che sociali e/o comunitarie - necessarie per garantire l’appoggio ed il supporto della comunità alle misure ed alle politiche messe in campo - che sembrano essere alla base dei successi (ovviamente considerabili tali all’interno di un confronto con altre situazioni) conseguiti<sup>2</sup> nel nostro paese nella lotta alla cronicità.

Il capitale sociale è quindi l’insieme di sensibilità, culture e disponibilità che rendono una società solidale nei confronti del portatore del bisogno e interlocutrice attiva nei confronti dei tecnici cui altrimenti sarebbe delegata risposta<sup>3</sup>.

Se è vero che ogni forma di organizzazione utilizza tre forme di “capitale” - fisico, umano e sociale - sia il capitale fisico che quello umano necessitano di un capitale sociale per generare cambiamenti nei processi e nei risultati e per ottenere investimenti produttivi<sup>4</sup>.

Di conseguenza il Piano assume che:

- la sostenibilità, lungi dall’essere solamente il risultato di scelte amministrative e/o professionali, comporta il coinvolgimento e la responsabilizzazione delle collettività locali e dei loro rappresentanti istituzionali, chiamati a scegliere consapevolmente ciò di cui hanno “veramente” bisogno, evitando di rincorrere richieste volte a mantenere livelli assistenziali obsoleti o a perorare la presenza di servizi specialistici in territori che non avendo i bacini di utenza necessari a garantire livelli appropriati di attività, finiscono per produrre accanto al danno economico alla collettività rischi per i cittadini - e in genere sono i più sfavoriti - che si rivolgono ad essi;
- la manutenzione del capitale sociale, oltre ad essere un connotato di civiltà, va perseguita promuovendo le competenze dei cittadini, ripensando i Servizi in modo che siano disponibili

<sup>1</sup> Welsh T e Pringle M analizzano lo “sperpero” di capitale sociale nel NHS inglese, dove questo capitale era dato dai legami sociali basati sulla reciproca fiducia ed alle collegate norme di reciprocità che facevano sentire “nostro” il NHS. Gli elementi che definiscono tutte le associazioni sono la reciproca fiducia e la reciprocità generalizzata; la volontà di contribuire, facendo assegnamento sul fatto che al momento di un futuro bisogno si può contare su un aiuto che viene restituito.

<sup>2</sup> Un eccellente esempio di “capitale sociale” viene fornito dalle interazioni che nella nostra regione si sono determinate nel campo della salute mentale con la disponibilità di ampi settori sociali a farsi carico del problema dell’integrazione del malato mentale, disponibilità nata dalla consapevolezza dell’inutilità -potremmo dire della ferocia -della risposta segregante ed istituzionale e poi coltivata all’interno di associazioni di volontariato, di reti assistenziali e di volontà istituzionali che hanno insieme concorso a mettere a disposizione degli operatori un di più di conoscenze, di atteggiamenti e di comportamenti che hanno svolto e svolgono un ruolo decisivo nel caratterizzare la qualità della risposta assistenziale dei nostri servizi di salute mentale.

<sup>3</sup> Vengono identificati cinque tipi di capitale sociale, ognuno caratterizzato da una generosità generale che si misura nel tempo: 1) senso di fiducia, 2) obblighi che esulano dai compiti, 3) senso del dovere, 4) un “dare e avere” generalizzati che sono invocati quando qualcuno ha bisogno di aiuto e 5) una solidarietà vincolata che preveda l’unità nell’avversità. Questi elementi sono tutti di vitale importanza sia come fattori di relazione nelle reti sociali spontanee di assistenza, sia nella capacità dei servizi socio-sanitari di fornire valide risposte.

<sup>4</sup> Vi sono inoltre evidenze (Light D.W., 2001.), emerse soprattutto in Inghilterra a seguito delle riforme introdotte dalla Thatcher, circa interazioni negative tra “competizione amministrata” e capitale sociale Welsh e Pringle (op. cit) individuano tre livelli di intervento che vengono raccomandati a politici, manager e clinici per ricostruire il capitale sociale dopo i danni inflitti al NHS dalla competizione amministrata:

- o capire la natura e l’importanza del capitale sociale che tiene unite le organizzazioni. In mancanza di fiducia e di mutuo impegno il personale cade in un clima di sfiducia e di autotutela mentre l’organizzazione declina. Le comunità e le organizzazioni con un capitale sociale elevato, oltre ad essere più sane, lavorano più produttivamente e cooperano al loro interno;
- o le strutture organizzative e gestionali che operano su logiche di mercato hanno compromesso il senso di proprietà condivisa della comunità mentre la professionalità di medici infermieri e di altro personale si svaluta se si interessa solamente di responsabilità economica e di performance. Anche se la gestione della performance è importante, dovrebbe essere considerata più uno strumento di apprendimento che uno di governo;
- o occorre ripensare i ruoli organizzativi, coltivando il principio di sussidiarietà. Le decisioni devono essere prese più vicino possibile a dove vengono concretizzate le azioni.



alle interazioni e creando l'impalcatura politico-istituzionale e tecnica perché il capitale sociale possa esprimere le sue potenzialità.

### 5.3 *Concertare patti per la salute*

Il PSR si colloca – fin dal titolo – nella prospettiva della concertazione, facendo proprie le indicazioni fornite dal “Patto per lo sviluppo dell’Umbria” (DGR n. 1104 e 1105 del 2002) in materia di programmazione partecipata, assumendo le indicazioni di politica sanitaria dell’OMS in materia di promozione della salute e inserendo in tale ambito strategico di attività le indicazioni provenienti dalla letteratura internazionale in materia di capitale sociale.

Su queste basi il Piano :

- a) **individua alcune condizioni e fattori come priorità** per fare sistema attraverso politiche concertative, anche sulla base della maturità del contesto applicativo, essendo necessario conseguire successi che possano costituire un esempio ed un invito alla emulazione ed alla moltiplicazione delle iniziative stesse. Questi sono :
  - *l’ambiente*, come contesto che determina fattori di benessere, comportamenti individuali (attività fisica, etc), sottosistemi sociali (trasporti, urbanistica, etc) e favorire i processi di interazione ed integrazione;
  - *l’età evolutiva*, come condizione in cui si accumulano/ dissipano potenzialità per un positivo sviluppo della vita;
  - *gli anziani*, come elemento di successo del nostro assetto societario e come generazione solidale in grado di garantire una ampia e socialmente orientata mobilitazione di risorse collettive in grado di dialettizzarsi con il SSR;
  - *il lavoro* come diritto sociale e fattore di benessere e integrazione, con la disoccupazione che ne rappresenta la negazione;
  - *l’integrazione sociale* come condizione che permette di impattare gli svantaggi derivanti dalla scala sociale, dall’esclusione derivante da condizioni emarginanti, dalle dipendenze;
  - *l’alimentazione*.
  - *il sistema dei trasporti*
- b) definisce contesti socialmente rilevanti cui possono corrispondere titolarità rispetto ai fattori e alla condizioni di cui sopra:
  - la Regione (Giunta e/o assessorati), le province ed i comuni e le rispettive strutture amministrative e/o operative;
  - i sindacati confederali, distintamente per le garanzie sociali derivanti dalle politiche sanitarie, le questioni relative alla sicurezza ed alla qualità del lavoro, le questioni relative alle politiche socio-sanitarie per gli anziani;
  - la Scuola, intesa come Direzione regionale e singole autorità scolastiche
  - gli imprenditori sia per le questioni relative alla sicurezza e qualità del lavoro che per quelle relative alle reti di produzione e distribuzione degli alimenti
  - l’associazionismo distintamente per le reti di solidarietà sociale e le associazioni consumatori.

- c) propone la sperimentazione di una metodologia di lavoro centrata sulla concertazione di patti per la salute promossi dalla Giunta Regionale e rivolti ai soggetti titolari di responsabilità (vedi sopra) che prevedano:
- o obiettivi definiti;
  - o responsabilità precise assegnate a ciascun contraente o a nuovi soggetti che decidono di associarsi per meglio gestire le proprie titolarità ;
  - o risorse da impegnare valorizzando anche il capitale sociale e le risorse già attivate negli interventi posti in essere;
  - o strumenti applicativi rappresentabili principalmente in:
    1. Piani integrati per la salute;
    2. Osservatori per il monitoraggio di processo e di risultato;
- d) propone un calendario di azioni che permetta di misurare gli avanzamenti /ritardi.

**Tabella 4-1: Responsabilità\*, strumenti e calendario delle azioni per la promozione della salute**

<b>FATTORI / CONDIZIONI</b>	<b>CONTESTI /RESPONSABILITÀ</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>STRUMENTI</b>	<b>CALENDARIO ATTIVITÀ TRIENNALE</b>
Ambiente	Comuni, Province, Regione (SSR, ARPA, Uff. urbanistici, etc)	Patto per un ambiente sano Patto per "Città sane in Umbria"	Piano Integrato per ambiente e città sane	I°: -stipula patto -approvazione Piano - attivaz. Osservatorio II°- monitoraggio e supporto III°- valutazione
Età evolutiva	Scuola, Comune, Associazioni (es.: famiglie)	Patto per la salute nella scuola	Piano Integrato per una scuola produttrice di salute	(come sopra)
Lavoro - disoccupazione	Regione, Sindacati Confederali Ass. Imprenditori	Patto per la salute nei luoghi di lavoro	Piano integrato per la salute nell'attività produttive	(come sopra)
Anziani	Regione, Comuni, Sindacati Confederali pensionati	Patto per la salute degli anziani	Piano integrato per la salute degli anziani	(come sopra)
Integrazione sociale	Regione, comuni, province Scuola,	Patto per l'integrazione	Piano integrato per la Salute mentale e	(come sopra)

	associazionismo	sociale	le dipendenze (es.)	
Alimentazione	Regione, associazioni imprenditori, Associazioni consumatori	Patto per una alimentazione sana	Piano integrato per la salute alimentare	(come sopra)
Sicurezza stradale	Regione, SSR, Province, Comuni. Prefettura, ISTAT, Forze dell'Ordine, Scuola, ANAS, INAIL, Autoscuole, As. Vittime della strada, Istituti Assicurati	Patto per la sicurezza stradale	Piano integrato per la sicurezza stradale e per la salute degli utenti delle strade	(come sopra)

\* La responsabilità delle attivazione delle azioni qui previste è della Giunta Regionale

- e) le condizioni di verifica per monitorare i progressi e individuare tempestivamente le difficoltà, approntando gli strumenti necessari o collaborando con l'Osservatorio nazionale per la promozione della salute;

Si tratta di indicazioni che il Piano assume in funzione delle loro molteplici valenze:

- VALENZE PER LA SALUTE: è il modo di affrontare i problemi alla radice: azioni positive, per produrre ambienti e stili di vita favorevoli e produrre qualche risultato che per la popolazione è tangibile;
- VALENZA POLITICA: è un elemento per risolvere “modernizzare” il sistema sanitario; non è la prevenzione vecchia maniera, anche se la include per alcune parti. E' un elemento di impatto politico perché si fa evidente per più ampi strati di popolazione, la gente “vede” che ci si occupa dei suoi problemi. E' un elemento che dimostra che le persone non sono passivi oggetti di “assistenza” ma sono attivi soggetti di azione per i problemi che devono affrontare ogni giorno;
- VALENZA PSICOLOGICA: la popolazione, se attiva, ha meno paura dell'ignoto e, se preparata, sa che può fare qualcosa;
- VALENZA ECONOMICA: se si scelgono campi di azione appropriate, si può valutare che i fondi che già si spendono possono essere meglio orientati con maggiori risultati di salute, ma anche di immagine politica.

## 6 INNOVAZIONE E SOSTENIBILITÀ NEL GOVERNO DELLA SANITÀ

Il Piano affronta il tema del governo della Sanità a partire dalla conferma delle indicazioni della LR 3/98 e della l. 229/99, relative al modello generale del SSR, al numero ed alla localizzazione delle aziende sanitarie locali ed ospedaliere, nonché alle caratteristiche generali dei macrolivelli organizzativi<sup>1</sup>.

L'innovazione nel governo della sanità vuole *superare i limiti comparsi nella prima fase della aziendalizzazione e rafforzare la capacità del nostro SSR di competere ed affermarsi nel nuovo scenario operativo del federalismo sanitario* attraverso interventi tesi a: rafforzare la coesione del sistema attraverso più definite relazioni interistituzionali, recuperare margini di efficienza, consolidare la programmazione socio sanitaria, adeguare la programmazione economico finanziaria ed il controllo di gestione alle nuove responsabilità, mantenere gli impegni assunti nell'ammmodernamento del patrimonio immobiliare, definire legami e obiettivi per ricerca e innovazione, valorizzare gli operatori, governare le autorizzazioni e l'accreditamento istituzionale, garantire il governo dei rapporti con l'Università, potenziare le relazioni con l'ARPA, valutare il PSR e, a tal fine, rafforzare la Direzione regionale sanità e servizi sociali.

### 6.1 *Fare sistema*

La storia del servizio sanitario regionale nella prima fase dell'aziendalizzazione è anche una storia di difficoltà nella relazioni tra parti del sistema e istituzioni locali nonché tra parti del sistema stesso, difficoltà in gran parte derivanti dalle condizioni di costante stress finanziario cui sono state sottoposti i soggetti titolari delle competenze su cui si doveva esercitare l'azione di integrazione.

Il Piano pertanto assume il SSR come un sistema unico al cui centro colloca gli interessi del cittadino a vedere tutelata la propria salute ed in cui il Governo della Sanità ha la funzione di garantire l'omeostasi complessiva tramite una serie di interventi finalizzati a:

- rafforzare le interazioni interistituzionali, superando nella chiarezza logiche settoriali e visioni di breve periodo e puntando ad una maggiore coesione delle politiche nei territori;
- recuperare i margini di efficienza connessi con livelli di integrazione organizzativa di servizi che possono essere appropriatamente aggregati a livello sovra aziendale;

#### A) Rafforzare l'interazione tra comuni e SSR

Un obiettivo fondamentale del Piano è ottenere un più deciso contributo da parte delle realtà locali alla promozione e tutela della salute in modo da avere maggiore attenzione operativa su tutti i determinanti di salute, integrazione socio-sanitaria compresa.

---

<sup>1</sup> L'allegato 1 (Linee Guida in materia di atto aziendale) declina i principali elementi che caratterizzano la nuova operatività dei macrolivelli assistenziali alla luce delle innovazioni introdotte dal Piano sia in sede di governo che di gestione della sanità.

Stante la necessità di rafforzare l'interazione tra Comuni e ASL si tratta di prefigurare soluzioni diversificate che consentano di avanzare in questa direzione, il Piano individua pertanto diversi strumenti e/o ambiti di interazione tra Comuni e SSR:

a) il *consolidamento della Conferenza Permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria e delle Conferenze dei Sindaci*<sup>1</sup>. Data l'importanza che tali livelli istituzionali rivestono nel rappresentare i bisogni dei cittadini, dare effettiva applicazione alle indicazioni del PSR nonché per la valutazione dei direttori generali, si rende necessario qualificarne l'apporto al funzionamento complessivo del SSR, individuando a tal fine risorse specifiche in sede di riparto del FSR.

b) *l'attivazione di accordi di programma* livello di distretto/ ASL così come previsti dalla normativa vigente (art. 31 della l.r. 3/97 e dall'art. 3 del DPCM 14 febbraio 2001);

c) il coinvolgimento dei comuni nei *patti per la salute* e nei conseguenti programmi, così come previsto nella sezione 4 del PSR;

d) la *sperimentazione delle società della salute* quali livelli istituzionali ulteriori per raggiungere una maggiore interazione tra Comuni e ASL nella promozione della salute e nell'interazione socio sanitaria, valorizzando il distretto come ambito territoriale in cui convergono e si integrano interventi e politiche.

Le "società della salute":

- hanno il fine, senza creare ulteriori livelli gestionali, di integrare sul territorio le politiche comunali ed i programmi aziendali delle ASL per le parti relative a: promozione della salute, prevenzione e attività di iniziativa, integrazione socio sanitaria;
- sono costituite su proposta della conferenza dei sindaci, di ambito territoriale e della ASL competente;
- elaborano progetti autonomi, valutati e finanziati, nella fase iniziale, dalla Regione;
- il loro livello territoriale di riferimento è quello del distretto / zona;

Una apposita legge regionale regolerà, nell'ambito di quanto sopra definito e sulla base di un approfondito dibattito e confronto politico istituzionale e con le organizzazioni sindacali, tempi e modalità della sperimentazione.

## B) Consorziare i servizi di supporto

Si è già ricordato che il numero medio di abitanti per AUSL è in Umbria per tre AUSL su quattro inferiore alla media nazionale (circa 290.000 abitanti), fatto che rimanda ad una dispersione delle strutture aziendali che da un lato trova giustificazione nelle condizioni oro geografiche e nelle specificità politiche e culturali presenti nella nostra regione, dall'altro evidenzia la necessità di recuperare condizioni di efficienza organizzativa, riducendo la dispersione territoriale dei servizi di supporto tecnico amministrativi e di alcuni servizi sanitari.

### ***B.1) Riorganizzare le funzioni tecnico amministrative***

---

<sup>1</sup> Le Conferenze nel quadro dell'attuale ordinamento regionale hanno un ruolo rilevante come rappresentanti dei bisogni dei cittadini e intervengono nei percorsi programmatori collegati con i Piani attuativi locali sia in fase di discussione degli stessi, dovendo i PAL di ASL ed AO essere corredati del parere della Conferenza dei Sindaci per poter ricevere la valutazione di congruità da parte regionale, sia nella fase di valutazione dei PAL, quando la Conferenza Permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria esprime una proprio parere che accompagna la relazione annuale sullo stato di avanzamento della programmazione locale.

Il principio di autonomia e responsabilità dei risultati di gestione attribuite alle aziende sanitarie e ulteriormente trasferite a presidi, dipartimenti e distretti, comporta che a questi sia assicurata la piena disponibilità delle funzioni di supporto necessarie per l'acquisizione delle risorse e la gestione operativa dei servizi.

Di fronte a questa esigenza di capillarizzazione delle funzioni di supporto, il Piano opera la scelta di centralizzarne l'organizzazione, ma secondo un modello in grado di garantire la piena disponibilità delle funzioni a livello locale. Ciò si realizza attraverso l'unificazione a livello sovra aziendale di quelle fasi dei processi che richiedono:

- omogeneità di procedure amministrative;
- sviluppo di professionalità e strumenti specialistici;
- conseguimento di economie di scala.

Restano invece a livello locale le fasi dei processi che sono caratterizzati da:

- stretta connessione con le attività operative;
- necessità di personalizzazione nei tempi e nei modi di impiego.

Le funzioni tecnico amministrative oggetto della organizzazione centralizzata sono di seguito individuate:

*a) personale*

- gestione economica
- gestione concorsi
- formazione

*b) acquisizione beni e servizi*

- espletamento procedure di acquisto ad evidenza pubblica;
- sviluppo di soluzioni di e- commerci
- ottimizzazione logistica

*c) gestione del patrimonio*

*d) gestione delle tecnologie*

*e) gestione del sistema informativo.*

Come già anticipato sia le funzioni riorganizzate centralmente, sia quelle che restano affidate alla gestione delle aziende sanitarie devono essere viste da presidi ospedalieri, dipartimenti e distretti come erogate dal proprio "Centro servizi". Questo comporta in primo luogo che le funzioni relative alla organizzazione operativa (rilevazione presenze, turni, rilevazione fabbisogni e consumi di beni e servizi, etc) che rimangono gestite a livello aziendale siano decentrate a livello di presidi ospedalieri, dipartimenti e distretti, tenendo conto anche della articolazione degli stessi in macrocentri di responsabilità.

In concreto si tratta di mettere a disposizione dei Direttori di presidio, dipartimento e distretto una struttura di supporto tecnico amministrativa, con le seguenti funzioni:

- gestione procedure amministrative decentrate;
- programmazione operativa dei servizi e monitoraggio sul livello di raggiungimento dei risultati attesi;
- programmazione controllo economico finanziario, sui livelli di spesa e sull'efficiente utilizzo delle risorse;
- gestione dei flussi informativi relativi alle funzioni di cui ai punti precedenti.

Dal punto di vista del bilancio dell'impiego delle risorse umane, il potenziamento delle strutture di supporto tecnico amministrative di presidi, dipartimenti e distretti deve avvenire nei limiti delle risorse liberate dal processo di razionalizzazione operato con l'accentramento di funzioni nel Consorzio interaziendale.

### ***B.2) Avviare aggregazioni sovraziendali di servizi sanitari di supporto***

Si prestano alla sperimentazione di aggregazioni sovraziendali da delegare ad aziende capofila verificando anche la possibilità di attivare dipartimenti sovraziendali:

- i servizi eme trasfusionali;
- i servizi di dialisi;
- i servizi del sistema emergenza urgenza;
- alcune attività dei servizi farmaceutici;
- le diagnostiche strumentali e per immagini, dove pure occorre saturare i livelli di aggregazione organizzativa intraaziendale, tramite definiti progetti aziendali da inserire nei PAL.

## 6.2 *Affinare il ciclo della programmazione*

### A) Governare i rapporti con la programmazione sanitaria nazionale

Un appropriato sviluppo delle relazioni con la programmazione nazionale si collocherà all'interno delle materie che il livello centrale può legittimamente esercitare in base al Titolo V della Costituzione.

In tale cornice rappresentano interessi ed obiettivi della nostra regione:

- attivare il coordinamento di politiche nazionali creando a tale livello condizioni favorevoli per l'intersectorialità e la promozione della salute;
- garantire il rispetto delle legittime scelte organizzative della nostra Regione;
- verificare l'effettiva appropriatezza dei pesi utilizzati nella ripartizione del fondo sanitario, che ora sottostimano il carico assistenziale derivante dalla popolazione con età superiore a 75 anni;
- stimolare l'attivazione di un tavolo interregionale sul problema della localizzazione delle alte specialità, un terreno sul quale l'esasperazione del federalismo può comportare pericolose polarizzazioni nell'offerta dei servizi e marginalizzare o penalizzare sia le regioni storicamente meno dotate su questo versante, che quelle con bacini di utenza più limitati;
- concorrere alla manutenzione dei LEA;
- disporre di conoscenze epidemiologiche e gestionali necessarie per valutare l'effettiva equità garantita dal federalismo sanitario;
- mantenere aperta una dialettica positiva con gli altri modelli organizzativi;
- sollecitare ed ottenere un'efficace interazione da parte ministeriale con gli organismi sovranazionali che concorrono alla creazione di salute tramite accordi commerciali, politiche finanziarie, etc.

### B) Sviluppare accordi e interazioni con altri SSR

Diviene sempre più urgente pianificare e regolare le relazioni con la programmazione sanitaria delle regioni confinanti con le quali sono necessarie avanzate integrazioni funzionali al fine di:

- ricondurre in ambito fisiologico, situazioni di esasperata concorrenza o di utilizzazioni disfunzionali di presidi di confine, o in cui infine si registrino consistenti flussi di utenza – attiva o passiva - in grado di compromettere l'esito funzionale di investimenti e collocazioni di servizi;
- concordare lo sviluppo delle alte specialità ricercando soluzioni che, pur richieste al tavolo della programmazione sanitaria nazionale, non vi abbiano trovato soluzione e possano,

individuati bacini di utenza ottimali a livello interregionale, consentire sia un'adeguata utilizzazione delle nostre che delle altrui dotazioni;

- concordare iniziative comuni nel campo delle strutture di supporto al governo clinico, alla formazione, all'accreditamento, alle attività di ricerca scientifica e alle valutazioni delle innovazioni nel campo di tecnologie e processi assistenziali;
- altre aree di collaborazione su problematiche emergenti.

### C) Interagire con il Documento annuale di programmazione

Maggiori livelli di integrazione vanno pianificati, gestiti e raggiunti con la nostra programmazione regionale al fine di ottimizzare e raggiungere i migliori livelli possibili di integrazione in materia di politiche per la salute.

In questo senso si tratta di sviluppare i rapporti tra PSR e Documento Annuale di Programmazione, nei cui confronti è necessario attivare una dinamica più ricca, facendone non solo il contenitore delle scelte annuali di programmazione in sanità, ma investendo tale strumento anche di compiti relativi all'integrazione delle politiche per la salute di dominio regionale, con ciò recependo le indicazioni del Piano in materia di intersectorialità nelle politiche regionali.

Tale interazione è resa tanto più opportuna e necessaria dall'approvazione in Umbria del "Patto per lo sviluppo" che sviluppa a livello regionale un approccio concertativo basato sulla necessità di utilizzare come fattore aggiuntivo di sviluppo l'azione concertata di tutte le forze sociali. Occorre pertanto che anche nelle attività degli uffici regionali trovi applicazione un modo di lavorare che sviluppi l'interazione, superando la tradizionale separatezza insita nel modello organizzativo vigente.

### D) Sviluppare e integrare la programmazione attuativa locale

Il PSR fissa obiettivi strategici di salute e di organizzazione dei servizi; la definizione di tempi e scadenze delle fasi di attuazione e l'entità delle risorse disponibili è affidato ad una serie di strumenti attuativi tra cui:

- ◆ atti di indirizzo programmatico
- ◆ linee guida di organizzazione
- ◆ linee guida per la realizzazione di progetti attuativi
- ◆ piano degli investimenti di edilizia sanitaria
- ◆ piano degli investimenti per l'acquisizione delle tecnologie sanitarie
- ◆ ripartizione del Fondo Sanitario Regionale di parte corrente
- ◆ linee guida per gli accordi contrattuali con le strutture accreditate
- ◆ emanazione di nomenclatori e sistemi tariffari
- ◆ accordi decentrati con i MMG e i PLS
- ◆ accordi con i titolari di farmacia

Premesso che tutti gli atti di programmazione attuativa regionale sono di competenza della Giunta Regionali, con l'approvazione del nuovo piano sanitario restano in vigore tutte le disposizioni fissate dalla precedente programmazione attuativa, non dichiarate esplicitamente decadute. Tale impostazione evita che si verifichino discontinuità nei processi di pianificazione; se l'emanazione di un nuovo piano sanitario rappresenta in primo luogo la modalità più idonea per



l'adozione di nuove strategie, la sua redazione diviene una occasione "straordinaria" di verifica della coerenza interna della programmazione attuativa vigente e di individuazione delle esigenze di riallineamento.

Il Piano non è concepito come un documento statico aggiornato con cadenza triennale, ma risulta uno strumento flessibile, i cui contenuti sono rimodulati attraverso un processo dialettico che instaura con la programmazione operativa ed il controllo della gestione dai quali riceve i segnali descrittivi delle tendenze in atto e li trasforma in nuove indicazioni attraverso gli strumenti di programmazione attuativa.

In tale cornice per il prossimo triennio si individuano i seguenti obiettivi:

a) i nuovi PAL saranno presentati alla Regione dalle Aziende sanitarie entro il 31/12/2003, dovendo assegnare ai DG sei mesi di tempo dalla nomina/riconferma per mettere a punto la programmazione attuativa aziendale che estenderà i suoi effetti fino a tutto il 2005;

b) la Regione definisce, anche sulla base della valutazione del ciclo precedente (che sarà possibile concludere solo nei primi mesi del 2003), le indicazioni metodologiche per la stesura dei nuovi PAL, recependo ed eventualmente integrando quanto già disposto con la DGR 1142/2000;

c) le aziende sanitarie locali cureranno, sulla base dell'avvenuta riorganizzazione dei rapporti con distretti, dipartimenti e presidi, la necessità di una loro effettiva partecipazione alla programmazione aziendale; in relazione all'integrazione socio sanitaria assumono rilevanza l'ambito territoriale di distretto al cui riguardo sarà approvato il programma delle attività territoriali del distretto, che trovano riscontro nel PAL aziendale.

d) i PAL conterranno inoltre:

- la previsione dei fondi da assegnare ai macrolivelli organizzativi ed a ciascuna delle azioni di Piano, nonché ad eventuali progetti aziendali;

- indicazioni generali per la stesura degli accordi e dei contratti;

- i rimandi alle interazioni con la programmazione sociale, con i programmi integrati per la salute e con gli altri livelli di raccordo interistituzionale previsti dal Piano.

e) saranno consolidate le interazioni (sostenute anche dai supporti che nel triennio saranno forniti per potenziarne le attività) tra aziende sanitarie e Conferenze dei sindaci nella fase di messa a punto dei PAL e con la Conferenza per la programmazione sanitaria e socio sanitaria nella fase di verifica delle applicazioni effettivamente realizzate.

f) sarà confermato il collegamento tra valutazione dei Direttori generali e loro capacità di realizzare le azioni previste nei PAL;

g) viene inoltre richiesta alle aziende sanitarie la adozione dei seguenti programmi:

g.1) il Programma pluriennale delle attività e degli investimenti: il programma è articolato per presidi ospedalieri e per distretti. Il piano è triennale con aggiornamenti annuali.

g.2) Il Programma annuale delle attività e degli investimenti: il programma è articolato per presidi ospedalieri e per distretti ed è presentato congiuntamente al bilancio di previsione.

### 6.3 *Garantire i Livelli Essenziali di Assistenza*

La definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, in sede di Conferenza Stato-Regioni ha permesso di ancorare il processo di avvio del federalismo sanitario ad una serie di competenze assistenziali che fanno da minimo comune denominatore per l'attività organizzativa e programmatica delle Regioni in materia di assistenza sanitaria.

I LEA saranno esigibili, in qualsiasi Azienda sanitaria locale ed ospedaliera da parte di ciascun cittadino assistibile.

La Regione è responsabile della loro effettiva erogazione, per garantire la quale adotta i modelli organizzativi e gestionali previsti nella normativa regionale e nel presente atto di piano.

In tale cornice il Piano assume, integrandole ove necessario:

- le delibere regionali già emanate in relazione al DM 29 novembre 2001 sia per quanto riguarda l'Allegato 2A (DGR n. 292, 293 /2002) e quello 2B ( DGR n. 893/2002).
- le indicazioni ed i criteri che rendono erogabili le prestazioni di cui all'allegato 2B;
- le modalità di applicazione dell'allegato 2C,
- le aree di prestazioni efficaci non previste attualmente nei LEA.

#### **A) Ulteriori prestazioni erogabili dal SSR.**

L'approvazione dei LEA comporta una serie di problemi applicativi ulteriori relativi alla presenza di:

- a) prestazioni erogate dal SSR e non previste nei LEA:
  - la DGR n. 1789/2001 relativa al programma assistenziale sperimentale che concede l'assegno di cura per definite condizioni assistenziali relative ad anziani non autosufficienti quale opzione alternativa all'ingresso inappropriato in strutture residenziali;
  - la DGR n. 1363/2001 con la quale la Regione Umbria assicura interventi a supporto delle famiglie quale contributo della pratica riabilitativa denominata metodo DOMAN;
- b) prestazioni non previste dai LEA e non erogate attualmente del SSR ma a dimostrata efficacia, tra cui:
  - diete aproteiche per nefropatici, la cui efficacia è ben definita in letteratura ma che possono essere erogate a parziale carico del SSR (che si assume il costo differenziale rispetto agli alimenti normali) per finalità preventive;
  - screening del carcinoma del colon retto.
  - cure odontoiatriche: queste forniscono un contributo formidabile allo stato di salute della popolazione;

c) prestazioni che consentono di completare il ciclo assistenziale e il cui onere a carico del SSR dipende da condizioni specifiche dell'assistito, come è il caso del trasporto ordinario di soggetti in gravi condizioni cliniche e non trasportabili con i comuni mezzi di trasporto.

Sia per le prestazioni di cui al punto a) che di quelle al punto b) il Piano assume la necessità di:

- chiedere in sede di Conferenza Stato Regioni, al tavolo di manutenzione dei LEA, l'inserimento di queste prestazioni tra quelle erogabili;

- mettere a punto analisi dei costi per la loro applicazione nella nostra regione, entro il primo anno di vigenza del PSR;

E' inoltre attivata a partire dal primo anno di vigenza del PSR in tutte le aziende ASL una contabilità separata:

- c) per le prestazioni di cui al punto a) del presente paragrafo;

per le prestazioni di cui al paragrafo 6.5.1.1 relative alla medicina dello sport ed alle attività certificative.

### **B) Prestazioni escluse dal LEA .**

Le indicazioni della legge n 405/2001, art. 6 in tema di livelli essenziali di assistenza sono state recepite dal DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" entrato in vigore il 23 febbraio 2002.

In tale cornice e relativamente all'Allegato 2 A del citato provvedimento:

- o per i punti a), b), d) ed f) si cessa l'erogazione a carico del SSR;
- o per il punto c) si cessa l'erogazione a carico del SSR ad eccezione dell'agopuntura, per la terapia del dolore e gli interventi a prevalente finalità analgesica;
- o limitatamente alle certificazioni medico legali non rispondenti ai fini di tutela della salute collettiva e non afferenti alla medicina dello sport, le stesse costituiscono compito istituzionale per le strutture erogatrici e vanno erogate con l'onere a carico dell'interessato sulla base delle tariffe previste dalla DGR n. 1029 del 13/9/2000;
- o relativamente alla medicina dello sport si è ritenuto di valorizzare il ruolo preventivo che riveste l'attività sportivo motoria, con la DGR n 293/2002.

*Le Direzioni aziendali determinano e realizzano nel triennio, progetti aziendali per la riconversione per le risorse impegnate in queste aree.*

### **C) Prestazioni erogabili a particolari condizioni**

Per quanto riguarda le condizioni che rendono erogabili le prestazioni individuate nell'allegato 2B del DPCM sui LEA:

- o per il punto a) relativo all'assistenza odontoiatrica<sup>1</sup> le condizioni riguardano gli assistibili fino a 14 anni di età e le seguenti categorie "vulnerabili": invalidi civili >75%, invalidi di guerra dalla I° alla V° categoria, invalidi del lavoro con riconoscimento dell'invalidità superiore ai 2/3, ciechi assoluti, ciechi e sordomuti con indennità di comunicazione e, ai sensi dell'art. 1 comma 3 della legge 724/94, i pensionati sociali, i titolari di pensione al minimo, i disoccupati, i loro familiari, purché appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo inferiore a Euro 8264 (£ 16 milioni), incrementato ad Euro 11.361 (£ 22 milioni) in presenza del coniuge e di euro 517 (£ 1 milione) per ogni figlio a carico;
- o per il punto b) le condizioni sono contenute nella linea guida regionale in materia di "Osteoporosi Primaria" (DGR n. 1671/2000);
- o per il punto c) le condizioni sono individuate nella elaborazione di un progetto riabilitativo, secondo quanto definito nella DGR n. 893/2002;

---

<sup>1</sup> Per questa come per altre aree di prestazioni, il DM non fornisce indicazioni più precise sulle prestazioni comprese nella dizione "Assistenza odontoiatrica", rinviando quindi a successive determinazioni una più esatta definizione della materia.

- o per il punto d) le condizioni sono contenute nella DGR n. 210/2001.

#### **D) Prestazioni a potenziale rischio di inappropriatelyzza**

Relativamente all'allegato 2C del DM 29 novembre 2001 ed ai relativi interventi sulle prestazioni ospedaliere a rischio di inappropriatelyzza, vi è la necessità di confermare e rendere più cogenti le politiche tariffarie volte a premiare l'uso effettivo della modalità più appropriata di trattamento, distintamente per le attività ospedaliere a valenza chirurgica ed a valenza medica. Le prime infatti vedono nel ricorso alla day –surgery una tipologia di intervento molto ben codificata nella nostra regione e le cui modalità di utilizzazione fanno ormai parte del patrimonio culturale dei professionisti attivi nelle branche chirurgiche e delle direzioni aziendali. Tutti i DRG chirurgici presenti nell'allegato 2 C del LEA fanno parte della lista – ben più ampia – di DRG trasferibili in day surgery, sulla cui base il Piano affronta la riorganizzazione delle chirurgie umbre (vedi paragrafo specifico); peraltro per alcuni dei DRG chirurgici presenti nell'Allegato 2C, l'evoluzione delle conoscenze e delle metodiche di intervento consente trattamenti in chirurgia ambulatoriale, rendendo a sua volta inappropriato lo stesso trattamento in ds.

Per le *attività ospedaliere mediche*, premesso che in generale il ricorso al day hospital medico rappresenta una condizione operativa più indefinita in quanto i criteri per la selezione dei casi risentono di una discrezionalità molto ampia, nello specifico del sottogruppo dei 43 DRG dell'Allegato 2C a trattamento medico si è intervenuti prevedendo un abbattimento delle tariffe pari al 20%, in attesa di una più puntuale definizione della materia.

### **6.4 *Sviluppare programmazione economico finanziaria e controllo di gestione***

#### **A) Il finanziamento delle Aziende USL basato sulla quota capitaria**

La normativa richiede di mantenere un'omogeneità di criteri nel trasferimento delle risorse tra diversi livelli del SSN, pur non vincolando le singole regioni ad applicare i fattori di correzione usati a livello nazionale perché *“le regioni possono utilizzare informazioni ulteriori relative a variabili ed indicatori più direttamente correlati all'utilizzo atteso di risorse e/o più sensibili ai livelli relativi di bisogno espressi dalla popolazione delle diverse Aziende USL”* (ASSR, 2001).

La DGR 298/2002 (Riparto del Fondo Sanitario Regionale) ripropone gli stessi criteri assunti a livello nazionale, calcolando le popolazioni pesate a partire dai consumi effettivi della popolazione residente; si è invece tralasciata la correzione secondo i tassi standardizzati di mortalità per la scarsa variabilità che caratterizza le diverse aree dell'Umbria; in essa si evidenzia (tab. 4) l'articolazione del finanziamento complessivo che è assegnato per il 97,46% a quota capitaria, per il 2% è costituito dalla quota di riequilibrio che tiene conto delle perdite delle Aziende Sanitarie nel 2001 e per lo 0,47% è relativo al finanziamento a funzione.

A partire da tale base, gli obiettivi fissati dal PSR per il triennio sono :

- ◆ affinare la metodologia di calcolo della quota capitaria introducendo meccanismi di allocazione basati sul *risk-adjustment*<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Il risk-adjustment è l'aggiustamento della quota capitaria secondo le caratteristiche individuali e sociali dell'individuo, è la quota pro-capite più un aggiustamento basato su bisogni sanitari: età, sesso, morbilità/mortalità, posizione sociale. Tale quota capitaria aggiustata è in grado di fornire una stima non distorta dei costi attesi pro-capite in un dato periodo relativi al piano sanitario, date le caratteristiche dell'individuo, esprimendo quindi il bisogno relativo dei cittadini in termini di spesa sanitaria attesa.

- ◆ effettuare la valutazione d’impatto, utilizzando i nuovi pesi come parametri di standardizzazione per i confronti dei consumi interaziendali
- ◆ introdurre i nuovi pesi in maniera progressiva, dopo opportuni periodi di sperimentazione, ad iniziare dalla allocazione delle risorse all’interno del territorio aziendale (vedi punto successivo)
- ◆ garantire una distribuzione equa delle risorse all’interno delle Aziende USL, attraverso l’introduzione di meccanismi di trasferimento dei finanziamenti ai distretti sulla base della quota capitaria pesata.

L’utilizzo di una formula capitaria aggiustata per il rischio, oltre ad essere un processo sistematico, trasparente, a basso costo di gestione e indipendente dai comportamenti passati, consente anche di tenere conto di obiettivi di equità, permettendo l’inclusione di fattori di bisogno delle popolazioni più a rischio, ovvero di quei fattori capaci di spiegare la variabilità nell’assorbimento delle risorse nella sanità, che tipicamente sono riconducibili alle caratteristiche demografiche della popolazione, a quelle socio-economiche, allo stato di salute o “carico di malattia” (ad es. la prevalenza di determinate malattie croniche). Nella nostra regione sono già disponibili i risultati di ricerche che a partire dalla rilevazione delle tipologie e intensità dei consumi farmaceutici e ospedalieri della popolazione residente in un certo arco di tempo, hanno permesso di raggruppare la popolazione in gruppi omogenei per probabilità di assorbimento di risorse in futuro

## B) L’allocazione delle risorse per livello essenziale di assistenza

Il principio della contestualità fra definizione di livelli essenziali di assistenza e determinazione del fabbisogno finanziario corrispondente fanno sì che la programmazione dell’allocazione delle risorse per livelli essenziali di assistenza sia il tema fondamentale su cui si devono esercitare le scelte di governo. Il piano sanitario regionale è la sede più appropriata per valutare l’attuale distribuzione delle risorse e per rimodularla dimensionando in maniera coerente volumi di attività, sviluppo dei servizi e allocazione delle risorse, svolgendo un ruolo strategico che è proprio del PSR quale strumento di integrazione tra programmazione delle attività, programmazione economico finanziaria e programmazione degli investimenti.

Nella “Relazione sull’attività del tavolo di Lavoro per la definizione dei Livelli Essenziali di assistenza sanitaria e dei relativi costi” che costituisce il documento del Tavolo Tecnico presentato alla Conferenza Stato –Regioni quale base di discussione per la definizione del successivo accordo del 22 novembre 2001, sono stati analizzati i parametri regionali e le condizioni applicative di elenchi di prestazioni che il servizio pubblico garantisce rispettando il rapporto costi/benefici.

Nella prima parte del documento è riportata la ricognizione degli attuali livelli di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale e i relativi costi sostenuti, alla quale rilevazione ha partecipato anche la Regione Umbria insieme alle Regione Veneto, Emilia Romagna, Lombardia, Puglia, Valle D’Aosta, Piemonte, Toscana, Liguria, Marche, Lazio. Sulla base di questa prima rilevazione è stata redatta la tabella sotto riportata in cui compaiono valori percentuali rilevati nell’anno 2000 e valori percentuali di riferimento per l’allocazione delle risorse disponibili nel corso del triennio 2002-2004. Considerato che questi valori sono stati definiti a livello nazionale sulla base della popolazione assoluta, a livello regionale essi possono rappresentare solo valori di riferimento e sono pertanto suscettibili di variazione in base alla consistenza della popolazione per classi di età e per altri elementi ritenuti utili al fine della determinazione dei fabbisogni sanitari.

**Tabella 5.1 Valori percentuali di riferimento**

	Valori percentuali rilevati	Valori percentuali di riferimento per il triennio 2002-2004	Variazione prevista

	Anno 2000		
<b>Assistenza san. collettiva in ambiente di vita e di lavoro</b>	<b>3,6%</b>	<b>5%</b>	<b>+1,4%</b>
<b>Assistenza distrettuale Totale</b>	<b>46,7%</b>	<b>49,5%</b>	<b>+2,8%</b>
<b>Assistenza di base</b>	5,8%	5,8%	-
<b>Assistenza farmaceutica</b>	12,6%	13%	+0,4%
<b>Assistenza specialistica</b>	11,8%	10,7%	-1,1%
<b>Assistenza Territoriale e residenziale</b>	10,1%	13%	+2,9%
<b>Attività di emergenza</b>	0,8%	1,4%	+0,6%
<b>Altro</b>	5,6%	5,6%	-
<b>Assistenza Ospedaliera</b>	<b>49,7%</b>	<b>45,5%</b>	<b>-4,2%</b>

Nella stessa relazione è sottolineato che i valori di riferimento debbono intendersi meramente funzionali alla ottimizzazione dell’allocazione delle risorse per i livelli di assistenza e non costituiscono per le Regioni vincolo alcuno nell’organizzazione dei servizi tranne che per l’assistenza farmaceutica ove il vincolo è già previsto dalla Legge 405/2001.

In linea con quanto sopra riportato, ed in ottemperanza con quanto previsto dalla Legge 405 del 16 novembre 2001, attuativa dell’accordo dell’8 agosto 2001 e tenuto conto di potenziare soprattutto l’assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro e l’assistenza distrettuale (in particolare l’attività di emergenza sanitaria e l’assistenza territoriale e residenziale), la Regione Umbria, sulla base di valutazioni connesse ai bisogni sanitari e dalla analisi dei dati di costo rilevati, propone di ripartire le risorse finanziarie disponibili nel triennio 2002-2004 utilizzando i parametri riportati nella Tabella seguente e indirizzando soprattutto le Aziende Sanitarie a trasferire risorse (finanziarie umane e strumentali se del caso) da un livello all’altro privilegiando soprattutto l’integrazione socio sanitaria.

**Tabella 5.2 – Valori percentuali di riferimento**

	Valori percentuali Umbria rilevati Anno 2001	Valori percentuali di riferimento triennio anni 2002 – 2004	Variazione prevista
<b>Assistenza san. coll. in ambiente di vita e di lavoro</b>	3,5%	<b>5</b>	+1,5%
<b>Assistenza distrettuale Totale</b>	49,5%	<b>51</b>	+1,5%
<b>Assistenza di base</b>	6%	6	
<b>Assistenza farmaceutica</b>	13,5%	13	-0,5%
<b>Assistenza specialistica ambulatoriale</b>	11,6%	13,5	+1,9%
<b>Assistenza Territoriale e residenziale</b>	13,9%	15	+1,1%
<b>Attività di emergenza</b>	1,5%	2,0	+0,5
<b>Altro</b>	3%	1,5	-1,5%
<b>Assistenza Ospedaliera</b>	47%	<b>44</b>	- 3%

A tale scopo è in atto un processo di revisione dei parametri di aggiustamento della quota capitaria per la ripartizione del fondo sanitario regionale alle aziende sanitarie, con un meccanismo di risk-adjustment che rifletta l'utilizzo di indicatori dei bisogni sia sanitari che socio economici della popolazione.

In tal modo l'allocazione delle risorse può riflettere le caratteristiche delle popolazioni che sono maggiormente associate ai bisogni di assistenza.

### C) Il finanziamento delle strutture erogatrici

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, il D.lgt. n. 229/99 stabilisce che le strutture erogatrici siano finanziate secondo un ammontare globale, predefinito negli accordi contrattuali stipulati con gli acquirenti delle prestazioni. Nella composizione dell'ammontare globale predefinito possono rientrare due componenti: l'insieme delle attività remunerate a tariffa e le attività correlate a funzioni ritenute strategiche dalla programmazione regionale. Queste ultime, definite come funzioni assistenziali, non dovrebbero essere remunerate sulla base di tariffe specifiche per prestazione, ma sulla base del costo standard del programma di assistenza, che definisce i contenuti assistenziali specifici della funzione strategica. La funzione assistenziale è quindi un insieme di prestazioni che coinvolge in parte, in qualità di erogatore, anche l'ospedale e che la regione decide di remunerare secondo un programma assistenziale non parcellizzato.

Tale sistema di remunerazione è stato concepito per conseguire due obiettivi prioritari:

- ◆ l'incremento dell'efficienza tecnico-organizzativa delle strutture ospedaliere; infatti, la predeterminazione della tariffa comporta per il produttore un forte incentivo a contenere i costi di produzione delle prestazioni soprattutto attraverso l'eliminazione delle giornate di degenza non appropriate;
- ◆ fornire alle Regioni un potente strumento per orientare la rete dell'offerta in funzione dei propri obiettivi programmati; infatti, la capacità di individuare, attraverso l'utilizzo della classificazione DRGs, le specifiche tipologie di prestazioni erogate ed i relativi volumi, nonché di individuare gli erogatori presso i quali determinare il costo standard di produzione delle prestazioni (che, ai sensi del D.M. 15 aprile 1994 e dell'art. 8-SEXIES del D. lgt. 229/99, costituisce la base per la determinazione delle tariffe) offre alla Regione la possibilità di incentivare o disincentivare selettivamente determinate aree di attività, in coerenza con le esigenze prioritarie individuate dal proprio disegno programmatico e con i criteri di efficacia e di appropriatezza definiti dalla stessa programmazione regionale.

Il principale effetto distorsivo atteso con l'introduzione di un sistema di remunerazione a prestazione, l'aumento dei volumi delle prestazioni prodotte, è stato efficacemente contrastato nelle regioni che hanno impiantato un'adeguata funzione di controllo dell'uso appropriato dell'ospedale e strumenti di regolazione a cominciare dagli accordi contrattuali.

Pertanto, la remunerazione degli erogatori non è più rappresentata semplicemente dall'insieme delle tariffe, il cui ammontare può variare in funzione della capacità produttiva del singolo erogatore e della sua capacità di attrarre pazienti, ma si configura come "un ammontare globale pre-definito", già conosciuto, quindi, dall'erogatore all'inizio dell'esercizio. Pertanto, gli elementi pro-concorrenziali introdotti dal D.lgt. 502/92 sono ridimensionati a favore della funzione programmatoria regionale.

Nella composizione dell'ammontare globale predefinito possono rientrare due componenti: l'insieme delle attività remunerate a tariffa e le attività correlate a funzioni ritenute strategiche dalla programmazione regionale: queste ultime attività non dovrebbero essere remunerate sulla base di tariffe specifiche per prestazione ma sulla base del costo standard del programma di assistenza, che definisce i contenuti assistenziali specifici della funzione strategica.

Questa rilevante novità introdotta dal D.lgt. 229/99, il finanziamento delle funzioni strategiche è finalizzato al perseguimento di due obiettivi: la tutela di alcuni servizi strategici, la cui disponibilità non può essere subordinata ai volumi di attività effettivamente erogati; la continuità assistenziale ed il superamento della frammentarietà dell'assistenza, che è inevitabilmente associata al pagamento a prestazione.

Le funzioni assistenziali finanziabili secondo i costi standard di produzione sono raggruppabili in due categorie:

- ◆ le funzioni “composite”, ossia i programmi a forte integrazione fra assistenza territoriale ed ospedaliera, individuabili quali insiemi di attività e prestazioni, la cui erogazione può richiedere il coinvolgimento e la collaborazione di più soggetti erogatori (sia ospedalieri, sia extra-ospedalieri); ai fini del finanziamento, l'unità di misura di questa categoria di funzioni è costituita dall'episodio di cura e fa riferimento al soggetto assistito;
- ◆ le funzioni “semplici”, ossia quei servizi ad alta intensità assistenziale e tecnologica, obbligatoriamente presenti in determinate strutture ospedaliere, la cui attività non è correttamente misurabile in termini di singole prestazioni e il cui finanziamento non può essere direttamente collegato al volume di attività, bensì alla presenza stessa del servizio.

In conclusione, il completamento del sistema di remunerazione delle attività ospedaliere, finalizzato a temperare gli obiettivi di migliorare la razionalizzazione nell'impiego delle risorse, promuovere forme efficaci ed appropriate di continuità assistenziale ed assicurare la coerenza fra l'organizzazione della rete dell'offerta e le priorità individuate dalla programmazione sanitaria regionale, dovrebbe fondarsi sui seguenti criteri guida:

- ◆ conferma della remunerazione a prestazione, in particolare per le attività dedicate alla cura dei pazienti acuti, sulla base di tariffe predeterminate individuate con la classificazione DRG; la Regione, auspicabilmente in collaborazione con le altre Regioni ed il Ministero della salute, provvederà, nel corso del triennio sia all'aggiornamento delle tariffe, sia alla revisione del sistema di classificazione;
- ◆ progressivo sviluppo, quale integrazione e completamento della remunerazione a funzione, previa individuazione sia delle attività ospedaliere strategiche, sia delle tipologie di pazienti per i quali sviluppare specifici programmi di assistenza, fondati sul principio della continuità assistenziale.

## D) Stabilire le modalità e gli oggetti del controllo

Il modello di federalismo fiscale introdotto con l'accordo dell'8 agosto 2001 sancisce la contestualità fra definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e determinazione del fabbisogno finanziario: quest'ultimo è inteso come tetto invalicabile delle assegnazioni di risorse pubbliche statali alle Regioni per assicurare ai propri cittadini le prestazioni previste dai LEA.

Ciò impone una revisione dei sistemi di controllo esistenti, tutti incentrati sul monitoraggio della spesa, dal momento che è assegnato lo stesso livello di priorità al controllo degli effettivi livelli di erogazione dell'assistenza e del rispetto dei vincoli di bilancio.

Tale modello di controllo è identificato in maniera esplicita dal Decreto Legislativo n. 56 nel “sistema di garanzia”, che è composto di un set di indicatori (di attività, costo, risultato e gradimento), dai criteri di costruzione degli stessi e dalle regole di penalizzazione a cui sono sottoposte le Regioni nei casi di scostamento dagli obiettivi fissati.

Il Piano assume tale modello di controllo come un elemento dello scenario operativo del triennio, rideclinandolo all'interno della scelta strategica per un approccio basato sulla governance dei processi assistenziali (vedi sezione 6 .1) e sulle dimensioni e la metodologia per il miglioramento della qualità.



Il sistema di monitoraggio è organizzato in aree e si alimenta consolidando flussi ricorrenti o istituendone di nuovi, in particolare:

- ◆ Farmaci: si tratta di ottimizzare il sistema di rilevazione esistente, estendendola anche alle prescrizioni ospedaliere
- ◆ Prestazioni specialistiche: il flusso esistente va implementato in termini di completezza e tempistica della rilevazione, ma soprattutto di qualità delle modalità di rilevazione
- ◆ Degenza: l'applicazione delle linee guida per la corretta compilazione delle SDO, permetterà di ampliare la già buona qualità del sistema di monitoraggio ormai consolidato e a regime
- ◆ Prestazioni sociosanitarie: sistemi di valutazione e controllo delle attività di ricovero a degenza prolungata (dalle lungodegenze, alle riabilitazioni, alle RSA) tramite il Sistema Resource Utilization Groups (RUG) dovranno essere sperimentati e applicati, consentendo anche la definizione di parametri per il relativo finanziamento. Analoghi flussi e dati dovranno essere previsti, secondo parametri e modalità stabiliti, per altre attività come l'ADI, l'attività dei DSM, l'assistenza a tossicodipendenti
- ◆ Dati attività territoriali: le attività territoriali dovranno essere maggiormente analizzate, mettendo fra l'altro a regime il flusso delle attività dei consultori con le modalità e gli indicatori ormai condivisi a livello regionale

I flussi devono rilevare in maniera coerente informazioni relative a strutture, attività, costi.

## E) Il controllo economico finanziario

### *Gli strumenti contabili*

L'impiego degli strumenti contabili di tipo civilistico nelle Aziende Sanitarie ha ormai superato la fase di avvio che ha permesso di evidenziare le seguenti esigenze:

- ◆ la necessità adeguare lo strumento contabile ai ruoli che è chiamato ad assolvere nel contesto sanitario rispetto a quello di provenienza (le imprese e il mercato) e di svilupparne a pieno le potenzialità innovative, in particolare a supporto dei sistemi di governo;
- ◆ la necessità di una forte crescita culturale degli operatori, alle prese con un cambiamento significativo di sistema e di metodo contabile e di miglioramento dei sistemi informativi di supporto.

Nel triennio di Piano i Bilanci preventivi, annuali e pluriennali, il bilancio di esercizio e i flussi contabili trimestrali devono divenire strumenti conoscitivi e di trasparenza del livello aziendale e supporti forti di tutto il sistema di programmazione e governo regionale complessivamente definito.

L'obiettivo di fondo è raccordare il sistema di rappresentazione contabile delle aziende con i sistemi contabili della regione, in modo da consentire il consolidamento dei conti delle varie tipologie (preventivi, consuntivi, flussi periodici) e definire uno strumento adeguato a supportare il ruolo di holding finanziatrice, responsabile complessivamente dei risultati del sistema, funzione strategica in questa fase di federalismo sanitario e di responsabilità piena sui livelli di spesa.

Le priorità per il triennio di piano possono essere così sintetizzate:

- ◆ rendere operativa da parte delle Aziende sanitarie la prassi del Bilancio pluriennale di previsione come strumento di raccordo con la Pianificazione attuativa locale e di valutazione prospettica, in particolare, dell'impatto degli investimenti sull'equilibrio economico.
- ◆ completare lo sviluppo degli strumenti della programmazione economico-finanziaria annuale, prevedendo la redazione da parte delle aziende sanitarie del budget economico, del budget degli investimenti e del budget finanziario;
- ◆ migliorare e affinare le tecniche contabili e i sistemi informativi di supporto, attraverso meccanismi di standardizzazione e audit interno che confluiscono, come previsto già nel DAP per il 2002, verso procedure di certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie;

- ◆ rafforzare in questo contesto la capacità di guida dei processi del livello regionale, attraverso la definizione di linee guida, norme tecniche e schemi regionali per la formulazione uniforme dei bilanci e la vigilanza sulla relativa corretta applicazione, per procedere al consolidamento dei documenti contabili sia a preventivo, che a consuntivo e relativamente ai flussi periodici;
- ◆ sviluppare da questo know-how un solido livello contabile del controllo di gestione regionale;
- ◆ introdurre l'utilizzo delle analisi di bilancio per quozienti, per supportare l'elaborazione di opportuni indicatori atti a descrivere le situazioni delle singole aziende e agevolare le decisioni in materia economico-finanziaria.

## **6.5 *Sviluppare sistemi informativi, monitoraggi delle attività e controlli di gestione.***

Il triennio appena concluso è stato caratterizzato da un profondo processo di innovazione dell'organizzazione e degli strumenti tecnologici nelle Aziende sanitarie della regione.

Le azioni fin qui intraprese sono state finalizzate a migliorare l'efficienza operativa interna delle singole Aziende e ad omogeneizzare lo sviluppo dei sistemi informativi in coerenza con le esigenze di interoperabilità ed interconnessione degli stessi.

Questo è avvenuto sia sul piano delle infrastrutture che su quello dell'organizzazione.

Sul piano delle infrastrutture le aggiudicazioni delle gare per i servizi di rete regionale delle pubbliche amministrazioni (ComNet) e per i servizi di rete delle Aziende sanitarie (AsNet) consentono di poter contare per il prossimo triennio su un'infrastruttura di comunicazione realizzata con criteri di omogeneità e con standard di sicurezza uniformi.

A partire dai primi mesi del 2003 le due reti saranno operative e consentiranno sia la piena interoperabilità tra i sistemi informativi sanitari dei vari attori del Servizio Sanitario regionale sia l'interconnessione paritetica tra i domini amministrativi della P.A. regionale.

Sul piano dell'organizzazione la realizzazione del progetto SIIS (Sistema Informativo Sanitario Integrato) ha portato ad un processo di profonda riorganizzazione dei principali sistemi di accesso ai servizi (CUP regionale, ADT ospedaliero) ed ha consentito l'organizzazione dei Sistemi informativi Direzionali a partire dal primo nucleo di informazioni disponibili:

- Dati anagrafici
- Farmaci
- Dimissioni ospedaliere,

mentre per altri flussi:

- Mortalità
- Interruzione volontaria gravidanza
- Cedap e altri

le informazioni comunque già disponibili su archivi tradizionali sono utilizzate attraverso procedure non ancora integrate nel datawarehouse direzionale.

L'obiettivo prioritario raggiunto con la realizzazione del SIIS è stato quello di indirizzare in modo coerente lo sviluppo dell'informatica nella sanità regionale e di favorire una crescita organizzativa e gestionale in termini di ruolo e responsabilità attraverso lo sviluppo di competenze e il rinnovamento degli strumenti a disposizione.

A partire da questo quadro di riferimento già positivo, ma suscettibile di ulteriore crescita, il prossimo triennio non potrà che essere caratterizzato da rafforzata attenzione verso le tematiche dell'innovazione. L'investimento nei processi di modernizzazione, attraverso le opportunità offerte

dalle nuove tecnologie sarà orientato all'innovazione degli strumenti di gestione e della comunicazione e alla semplificazione delle modalità di accesso nell'assistenza sanitaria.

La promozione dell'innovazione tecnologica e organizzativa avrà quindi come obiettivi prioritari quello di favorire il miglioramento dei servizi e dei rapporti con i cittadini utilizzatori e la comunicazione tra i diversi livelli del sistema, ma anche, nel contempo, quello di migliorare l'efficacia e l'efficienza dei processi interni e della gestione del sistema sanitario regionale.

### **A) Il modello concettuale**

Il tema dell'innovazione può essere affrontato efficacemente se si considerano insieme aspetti organizzativi e tecnologici.

Il presupposto è qui sottolineato perché non di rado nei processi di innovazione è disatteso. Da un lato vi sono progetti in cui ci si limita all'implementazione informatica o alla realizzazione on-line di processi esistenti, dall'altro si sviluppano analisi strategiche e organizzative che non tengono conto delle opportunità e dei limiti degli strumenti tecnologici a supporto.

L'approccio corretto richiede che in primo luogo siano analizzate le caratteristiche del sistema organizzativo, imponendo che le soluzioni applicative del sistema informativo siano modulate sulle specificità organizzative e caratterizzate da un alto livello di flessibilità per adeguarsi alle esigenze cambiamento che si prospettano nel tempo.

### **B) Le caratteristiche del modello organizzativo**

Dal punto di vista gestionale-operativo il sistema informativo e tecnologico dovrà, in primo luogo, supportare il nuovo modello organizzativo che il presente PRS propone di sviluppare secondo le due principali direttrici:

1. La riorganizzazione delle funzioni tecniche-amministrative
2. L'autonomia tecnico-gestionale di presidi e distretti.

#### *B.1) La riorganizzazione delle funzioni tecnico-amministrative*

La definizione di modelli innovativi di organizzazione delle funzioni amministrative attraverso la promozione di forme consortili tra le Aziende comporta una nuova progettazione delle procedure di supporto alle funzioni gestionali adeguata al modello di unificazione sovra-aziendale dei principali processi amministrativi.

Tenuto conto della necessaria progressività con cui si attuerà l'unificazione delle funzioni amministrative, il sistema informativo metterà a disposizione procedure in grado di seguire con flessibilità i processi di aggregazione.

Il processo di associazione in forme consortili avverrà gradualmente a cominciare dalle Aziende Ospedaliere con le Aziende USL dei rispettivi territori per le quali la realizzazione di un Centro di Servizi integrato risulta quanto mai utile e semplificata dalla situazione logistica.

Le principali aree di azione dei Centri Servizi interaziendali riguarderanno:

- La gestione amministrativa del personale
- L'acquisizione beni e servizi
- La gestione del patrimonio e delle tecnologie
- La gestione dei sistemi informativi e del back-office del sistema cooperativo regionale.

Il modello è quello del Centro Servizi al quale delegare tutte le attività "esternalizzabili", cioè di supporto alla gestione e in qualche modo estranee alla missione propria del sistema sanitario.

Secondo questo modello il Centro Servizi diventa il soggetto erogatore (Provider) in grado di combinare tecnologie e competenze specifiche per fornire alle Aziende consorziate una serie di servizi.

### *B.2) Ampliamento dell'autonomia gestionale dei distretti, dei dipartimenti e dei presidi*

Nel modello organizzativo ampiamente illustrato nel relativo capitolo del presente documento, alla centralizzazione in forme associative delle funzioni amministrative corrisponde una maggiore autonomia gestionale dei Presidi Ospedalieri, dei dipartimenti e dei Distretti Territoriali. Ne consegue che i sistemi informativi operativi a supporto delle funzioni sanitarie vere e proprie e dell'erogazione di servizi ai cittadini-utilizzatori, faranno capo sempre più a queste Unità Organizzative.

Il Sistema Informativo a supporto che chiameremo *Sistema Informativo Operativo* dovrà in primo luogo rendere a disposizione ai Direttori di presidio/distretto disponibili le seguenti funzioni:

- ◆ gestione procedure amministrative decentrate
- ◆ programmazione operativa dei servizi e monitoraggio sul livello di raggiungimento dei risultati attesi
- ◆ programmazione e controllo economico finanziario, sui livelli di spesa e sull'efficiente utilizzo delle risorse

L'altra caratteristica fondamentale del Sistema Informativo Operativo è l'orientamento alle esigenze del cittadino-utente.

Gli obiettivi strategici individuati portano ad un ripensamento dell'offerta e dei ruoli, della struttura organizzativa secondo una logica guidata dalle esigenze dell'utilizzatore.

- promozione e diffusione dell'informazione sui servizi e di tutte le informazioni necessarie per assumere decisioni consapevoli sulle azioni di cura;
- Semplificazione dell'accesso dei cittadini e degli utenti con l'eliminazione di spostamenti superflui, anche attraverso canali innovativi di prenotazione, di comunicazione dei referti, e modalità di riconoscimento sicure;
- Sviluppo di una politica per l'interscambio dell'informazione tra i vari livelli e attori del sistema sanitario, che incoraggi la semplicità e la tempestività delle comunicazioni a servizio delle attività di programmazione e gestione, e soprattutto a servizio degli operatori sanitari, dei cittadini e dei pazienti con particolare riguardo all'interscambio di informazioni cliniche;

Una concreta base di partenza è rappresentata dal programma di azioni innovative FESR, ove una delle azioni è costituita da un progetto per la sperimentazione delle tecnologie informatiche e di comunicazione: in esso si pongono le basi per l'attivazione di sistemi di tele-consulto sanitario e di telemedicina, anche in considerazione del sempre più importante valore economico raggiunto dalla quota di assistenza domiciliare qualificata .

Il progetto ha il suo focus nella attuazione di una Piattaforma Digitale di integrazione per il Network della Sanità (NDS) attraverso la progettazione e realizzazione di un sistema pilota tecnologicamente innovativo rivolto all'acquisizione, la gestione e la condivisione delle informazioni cliniche, all'integrazione delle risorse delle strutture sanitarie, allo sviluppo di un efficiente e flessibile sistema di comunicazione tra utenza e offerta sanitaria. Tale sistema consentirà l'accesso e la consultazione via web dei dati sanitari da parte degli operatori sanitari rendendone più tempestivo, qualificato ed economicamente vantaggioso l'intervento.

Le tipologie di servizi che saranno realizzate nell'anno 2003, sono:

- digitalizzazione delle cartelle cliniche
- reingegnerizzazione della gestione dei dati relativi alle prescrizioni farmaceutiche
- realizzazione dell'interoperabilità a livello regionale delle diagnosi radiologiche.

### **B.2.1) Il Presidio Ospedaliero**

Le strutture ospedaliere hanno da sempre avuto maggior consuetudine con standard e sistemi informativi, per questo la situazione di partenza si può considerare positiva:

- Tutti i sistemi di accettazione e dimissione sono informatizzati con alto grado di omogeneità sul territorio regionale
- I principali reparti radiologici della regione sono dotati di sistemi di digitalizzazione tra loro compatibili
- I laboratori e altri servizi diagnostici sono caratterizzati da elevati livelli di automazione
- Sistemi informatizzati supportano le attività di pronto soccorso nei principali Presidi regionali

L'attuale fase di forte rinnovamento del patrimonio edilizio ospedaliero sta inoltre portando ad un'evoluzione anche sul piano delle infrastrutture e delle attrezzature tecnologiche.

Negli ospedali umbri ci sono pertanto tutte le premesse per realizzare un sistema informativo integrato a supporto del modello di rete ospedaliera regionale.

Nel prossimo triennio lo sviluppo dei sistemi informativi ospedalieri dovrà orientarsi soprattutto verso progetti di interoperabilità e di interscambio di informazioni cliniche; (tra reparto e reparto all'interno di ogni struttura e tra ospedali all'interno della rete regionale).

Sarà incentivato il collegamento tra presidi per l'interscambio di immagini radiologiche, (almeno tra quelle strutture nelle quali i sistemi digitali sono già operativi), e sostenuta l'implementazione dei primi repository di cartelle cliniche digitalizzate, accessibili da tutta la rete regionale (progetto fondi FESR).

### **B.2.2) Il Territorio**

A differenza di quanto evidenziato per le strutture ospedaliere, i sistemi informativi territoriali registrano un generale ritardo.

Il PSR si propone di sviluppare nel corso del triennio una struttura di base del sistema informativo territoriale promuovendo soluzioni sia per quanto riguarda i dipartimenti ed i servizi sovra-distrettuali, sia per quanto riguarda il distretto.

Per i primi si pone l'obiettivo della definizione di un modello di riferimento per:

- DIP
- DSM
- SERT

Il distretto è la sede nella quale si attivano tutti i percorsi di accesso del cittadino ai servizi sanitari, esso è il centro dove si affronta e valuta la domanda, luogo dove svolge un ruolo centrale il Medico di Medicina Generale, ma è contemporaneamente una sede operativa del servizio sanitario e un fornitore e acquirente di prestazioni.

La complessità del ruolo del distretto, per sua natura articolato e diffuso nel territorio, ha comportato uno sviluppo disomogeneo e spesso frammentato dei sistemi informativi a supporto che necessita di specifici interventi.

I MMG e PDL come principali soggetti attivi e responsabili nel controllo della domanda di salute e del percorso assistenziale, costituiscono la prima questione al centro della informatizzazione del sistema distrettuale.

L'accordo tra Regione e MMG prevede a livello territoriale un forte integrazione del medico di medicina generale con le strutture del distretto mediante lo strumento delle "equipes territoriali" per l'attuazione della continuità assistenziale, la verifica della appropriatezza delle prestazioni, il monitoraggio dei comportamenti prescrittivi, la formazione ed informazione a favore dell'assistito.

Si evidenzia la necessità di promuovere in primo luogo la completa informatizzazione dei Centri di Salute e la loro connessione con modalità sicure verso i MMG e PDL singoli e associati, che fanno riferimento al Centro di salute e che complessivamente costituiscono un Centro di responsabilità del Distretto.

Con tale premessa sarà possibile realizzare l'automazione completa del ciclo prescrizione ? prenotazione? erogazione? referto al fine di:

- aggregare le informazioni relative del soggetto sin dalla prima attivazione del percorso assistenziale,
- consentire il ritorno delle informazioni dai sistemi gestionali verso i sistemi direzionali e di controllo,
- consentire la disponibilità agli operatori sanitari delle informazioni riguardanti la propria attività.

L'approccio architetturale del sistema informativo distrettuale dovrà essere quello proprio dei sistemi aperti, costituiti da più applicazioni modulari in grado di interfacciarsi tra loro, ciò consentirà di partire immediatamente dalle prime informazioni disponibili (ad esempio i dati dell'assistenza farmaceutica e della specialistica ambulatoriale) e di integrare successivamente con ulteriori flussi informativi.

A tale proposito si rappresenta qui la necessità di incentivare nel prossimo triennio l'informatizzazione di alcuni importanti ambiti di assistenza nei quali c'è attualmente scarsa informazione disponibile assicurando la gestione di:

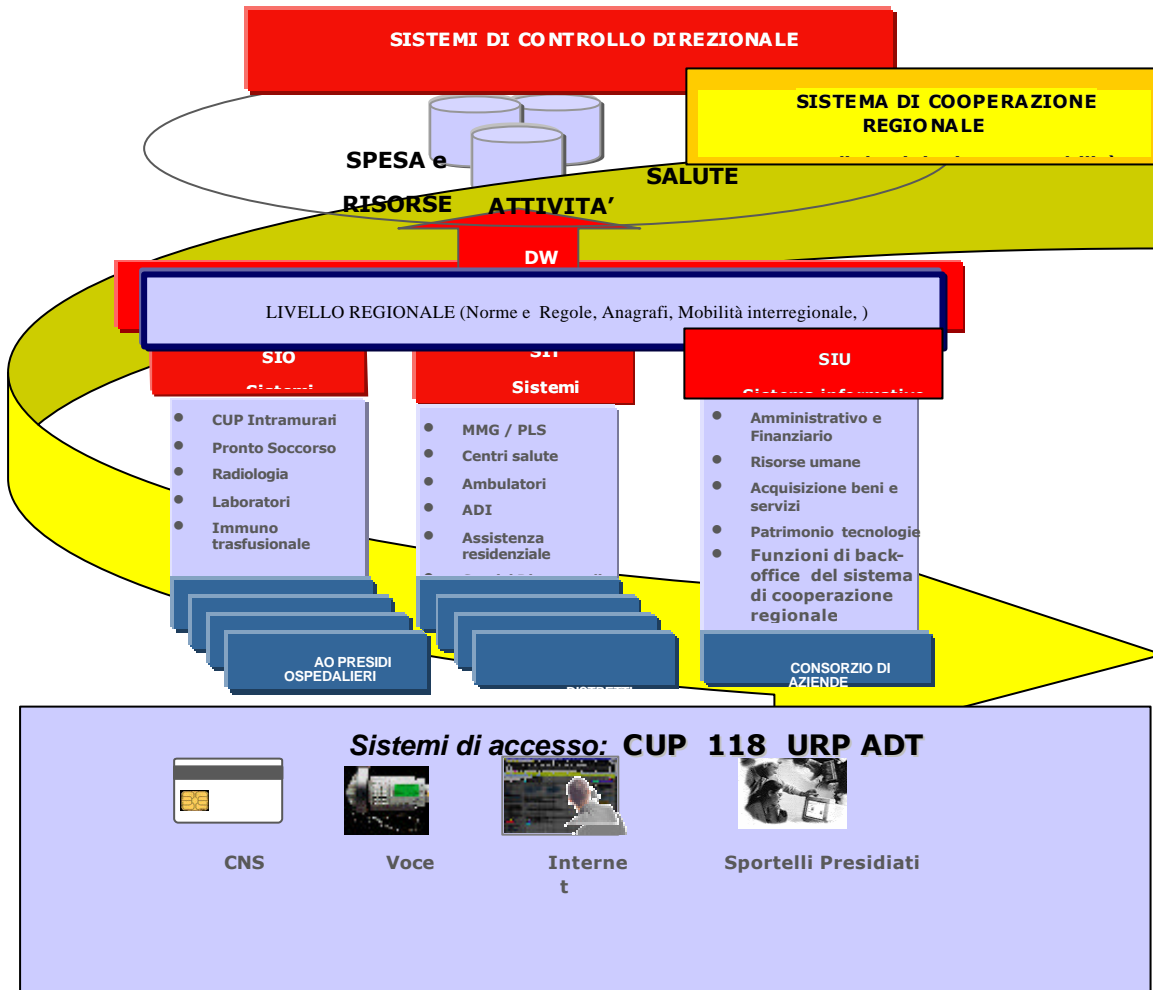
- Assistenza domiciliare
- Assistenza integrativa e protesica
- Assistenza consultoriale
- Assistenza residenziale previa introduzione del sistema di classificazione dei pazienti definito RUG, per una valutazione delle caratteristiche dell'assistenza garantita dalle diverse strutture.

### **C) L'Architettura del Sistema informativo**

Il modello di riferimento per il sistema sanitario regionale è assimilabile ad un sistema a rete, aggregazione di nodi operativi e centri di erogazione di servizi che cooperano per rispondere al bisogno di servizio dei cittadini e dei pazienti.

La realizzazione di una piena integrazione del Sistema Sanitario Regionale come Sistema a rete, richiede nel prossimo triennio particolare attenzione e impegno innovativo rispetto ai seguenti temi:

- Sistemi di interfaccia con l'utente-cittadino – (Sistemi di accesso, CNS, Portale, URP)
- Servizi di cooperazione degli attori del Sistema Sanitario Regionale (infrastruttura di rete, interoperabilità, posta elettronica certificata, workflow, firma digitale)
- Sistemi Direzionali e di Controllo (Portale Direzionale)



### C.1) I sistemi di accesso

Gli obiettivi delle azioni di innovazione discendono dalla logica di trasformazione della P.A. che pone le esigenze del cittadino-“cliente” al centro della propria missione. La definizione del cittadino come “cliente” della P.A. non vuole introdurre logiche di mercato e profitto certamente inadeguate all’impostazione Servizio Sanitario regionale, quanto piuttosto mutuare la logica del cosiddetto Customer Care verso quelle azioni che definiremo di Citizen Care.

### C.2) L’Interoperabilità

Collegamento in rete sicura delle Aziende attraverso le infrastrutture AsNet e Comnet (rete tra le Pubbliche Amministrazioni dell’Umbria) e attivazione dei principali flussi interaziendali attraverso servizi di Rete (FTP, e-mail ecc.) Attivazione in rete del sistema di e-prescrizione di e-autorizzazione e di e-refertazione con accesso dei cittadini tramite MMG e recupero referti-risposte per i medici connessi in rete sicura con le intranet Aziendali, creazione di primi data-repository delle prescrizioni (farmaceutica, integrativa, specialistica) (progetto e-government, FESR);

Attivazione di sperimentazioni di firma elettronica e certificazione elettronica per l’interscambio di documenti clinici;

### C.3) Il Sistema informativo direzionale

Le esigenze di programmazione e controllo introdotte dal nuovo modello definito dal PSR, e dalla definizione di Livelli di Assistenza, richiedono che il Sistema Direzionale sia organizzato a partire da una base dati che integri tre tipi dati:

- informazioni relative alle attività e ai processi di cura
- informazioni gestionali relativi a spesa e risorse
- informazioni relative allo stato di salute dei cittadini

E' necessario che affinché il S.D. supporti tutti i decisori del SSR nei rispettivi compiti di programmazione, governo, e controllo e ai rispettivi livelli di autonomia, le informazioni siano ricomponibili sulla base del singolo soggetto assistito e successivamente disponibili a vari livelli di aggregazione.

Il sistema sarà organizzato come un sistema B.I. aziendale, nel quale le diverse informazioni, con diversi gradi di permission e di aggregazione sono diffuse ai vari livelli Aziendali.

Ne consegue la necessità di un accesso diffuso (Portale Direzionale) con forte attenzione alle policy di sicurezza.

Il sistema direzionale sarà dotato di pacchetti software per l'interrogazione interattiva degli archivi e la rappresentazione delle analisi; dovrà comunque essere prevista una reportistica di routine relativamente all'attività, ai costi, ai risultati.

## 6.6 *Integrare programmazione socio sanitaria e programma degli investimenti*

Il programma regionale degli investimenti, chiamato a confermare gli indirizzi strategici degli investimenti in edilizia sanitarie ed in nuove tecnologie:

- riassume le attività in corso, puntualizzandone obiettivi e scadenze e verificandone la razionalità complessiva anche alla luce della latenza che *in questo settore si registra tra tempi di progettazione e tempi di realizzazione ed attivazione delle strutture;*

- definisce le nuove progettazioni da avviare nel triennio anche sulla base delle indicazioni contenute nel Patto per lo sviluppo dell'Umbria;

- fa proprie le indicazioni tecniche volte a realizzare le opere previste con attenzione agli aspetti architettonici, strutturali e funzionali.

### A) *Quadro generale del programma regionale di investimenti*

La Regione dell'Umbria, nell'ambito del programma investimenti attivato con la legge 67/1988, art. 20, ha avviato la realizzazione di interventi volti al miglioramento della rete ospedaliera umbra per complessivi 260 milioni di Euro (503 miliardi di lire). Il programma attuativo del Piano Investimenti è in fase avanzata di esecuzione. La totalità degli interventi del 1° triennio è stata appaltata, completata, collaudata e le strutture attivabili sono già state consegnate alle rispettive Aziende sanitarie e poste in esercizio (Ospedale di Città di Castello, Orvieto, DEA Terni, Pronto Soccorso di Spoleto, 1° lotto di Trevi).

La seconda fase è stata avviata *contestualmente alla* sottoscrizione dell'Accordo di Programma con il Ministero della Sanità e di intesa con il Ministero del Tesoro. Tale accordo ha consentito di anticipare la conclusione dei singoli interventi e dell'intero programma all'anno 2005.



Al raggiungimento di questi risultati concorrono, fattivamente, le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, attraverso il rispetto degli impegni assunti nell'alienazione del patrimonio sanitario da utilizzarsi quale cofinanziamenti nella realizzazione degli interventi, *nell'attivazione dei programmi di trasferimento e/o allestimento delle strutture completate e nella implementazione tecnologica ed elettromedicale delle strutture.*

Al finanziamento delle strutture con i fondi dell'art. 20 l. 67/88 si sono aggiunti, negli ultimi anni, ulteriori finanziamenti volti alla realizzazione di interventi finalizzati all'attività libero-professionale, alla qualificazione dell'assistenza sanitaria nella città di Perugia, alla realizzazione di centri residenziali di cure palliative per un importo complessivo di 60.000 milioni di Euro (116miliardi di lire).

*L'obiettivo regionale del triennio è il completamento del processo di razionalizzazione e qualificazione della rete assistenziale, tramite il miglioramento dei presidi territoriali ed ospedalieri<sup>1</sup>.*

### ***B) Specifici programmi attuativi finanziati con fondi ministeriali.***

I programmi attuativi sono costituiti dal completamento e messa in funzione delle seguenti opere:

#### **B.1) COMPLETAMENTO POLO UNICO OSPEDALIERO SILVESTRINI DI PERUGIA.**

Il programma prevede la realizzazione del Polo Unico Ospedaliero tramite ampliamento dell'Ospedale Silvestrini. L'ampliamento consiste nella realizzazione di nuovi 600 posti letto e piastra tecnologica con poliambulatorii, laboratori analisi, ecc., per complessivi 102.000 metri quadri circa.

L'importo complessivo del programma è di €milioni 90 (£. ml 175) di cui €milioni 13. (£ mld. 27) cofinanziati dall'Azienda ospedaliera con fondi provenienti da alienazione del patrimonio.

Al finanziamento art. 20 l. 67/88 vanno aggiunti €milioni 9 (£ mld. 18), con fondi, a totale carico dello Stato, della l. 135/90 (Lotta all'AIDS) per la realizzazione del reparto malattie infettive all'interno del nuovo complesso.

L'intervento è articolato in due fasi :

La prima fase, (1° triennio) si è conclusa nel mese di settembre 2000 con relativo collaudo tecnico-amministrativo; la seconda fase ( fase di completamento) è stata appaltata nel corso del 2001 con inizio lavori al gennaio 2002 e conclusione con relativa attivazione, prevista per il 2005.

#### **B.2) COMPLETAMENTO OSPEDALE COMPRESORIALE DI FOLIGNO.**

Il programma prevede la realizzazione del Nuovo Ospedale Comprensoriale di Foligno, che sostituirà l'attuale sede ospedaliera non più idonea all'attività sanitaria, sia per le caratteristiche tipologiche dell'edificio sia per i danni subiti dal terremoto.

L'intervento prevede la realizzazione di 420 posti letto di degenza, con adeguati spazi per le attività tecnico sanitarie, ambulatoriali, diagnostiche ecc. per complessivi metri quadri 52.000.

L'importo complessivo del programma è di €milioni 66 (£ mld. 128) di cui €milioni 9 (£ mld. 18) cofinanziati dall'ASL 3 con fondi provenienti da alienazione del patrimonio.

***L'intervento è articolato in due fasi (1^ triennio e completamento).***

---

<sup>1</sup> Nel quadro della seconda fase sono stati già realizzati o sono in fase di avanzata ultimazione:

-ripristino statico e completamento unità organica di recupero funzionale di Trevi, conclusa nell'ottobre 2002;

- realizzazione residenza per disabili "le grazie" di terni la cui conclusione è prevista entro il 2002;

-il piano di intervento nel settore materno-infantile ha previsto la realizzazione di 6 interventi, distribuiti tra le 4 Aziende ASL e le 2 Aziende Ospedaliere con un finanziamento complessivo di Euro milioni 1,5 (£ mld. 3) di cui il 95% a carico dello Stato ed il 5% a carico della Regione Umbria. Gli interventi sono stati tutti realizzati.

La 1° fase (1° triennio) si è conclusa nel febbraio 2000

***La 2° fase di completamento è stata appaltata nel corso del 2000 con inizio lavori febbraio 2001 e conclusione, con relativa attivazione prevista per il 2004***

### B.3) REALIZZAZIONE DEA OSPEDALE SANTA MARIA DI TERNI.

Il programma prevede la realizzazione del Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) dell'Ospedale Santa Maria di Terni.

L'investimento complessivo è di € milioni 12 (£ mld 23) di cui € milioni 0,5 (£ mld. 1) con fondi provenienti da alienazione patrimoniale dell'Azienda Ospedaliera di Terni.

L'intervento, realizzato adiacente l'attuale Ospedale, è articolato in tre fasi (1<sup>a</sup> triennio, 1<sup>a</sup> tranche 2° fase e 2<sup>a</sup> tranche 2° fase):

La 1° fase (1° triennio) si è conclusa nel settembre 1998.

La prima tranche della 2° fase di completamento è stata appaltata nel corso del 2000 e le opere si sono concluse nel maggio 2002.

La terza ed ultima fase saranno poste in appalto nei primi mesi dell'anno 2003 per concludersi entro i 24 mesi successivi.

### B.4) COMPLETAMENTO OSPEDALE SAN MATTEO DEGLI INFERMI DI SPOLETO.

L'intervento consiste nella ristrutturazione de ampliamento dell'Ospedale San Matteo degli Infermi di Spoleto. L'importo complessivo è di € milioni 10 (£ mld. 20) di cui € milioni 4 (£ mld. 8) di cofinanziamento a carico dell'ASL 3 proveniente da alienazione del patrimonio.

***L'intervento è articolato in due fasi (1<sup>a</sup> triennio e completamento).***

La 1° fase (1° triennio) si è conclusa nel 1999.

***La 2° fase di completamento è stata appaltata nel corso del 2001 con inizio lavori marzo 2002 e conclusione, con relativa attivazione prevista per il 2004.***

### B.5)AMMODERNAMENTO TECNOLOGICO

Finanziamenti ad hoc sono stati erogati con le modalità dell'art. 20 per gli ospedali di Città di Castello ed Orvieto già funzionanti. Il programma umbro prevede anche finanziamenti per gli ospedali di Foligno e Perugia.

### B.6) PIANO DI LOTTA E PREVENZIONE AIDS L. 135/90

Il piano prevede il finanziamento a totale carico dello Stato per la realizzazione di 4 interventi, distribuiti nelle ASL 1,3 AOPG e AOTR per complessivi €mln. 15 (£ mld 29).

### B.7) PROGRAMMA NAZIONALE PER LA REALIZZAZIONE DI STRUTTURE PER LE CURE PALLIATIVE ART. 1 L. 39/99

Gli interventi sono in fase di predisposizione dei progetti ed i lavori si concluderanno entro il 2005. L'investimento complessivo è circa £ mld. 6, nelle 4 Aziende ASL.

#### B.8) PROGRAMMA PER LA REALIZZAZIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE PER L'ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE D.LEG. 254/2000

Gli interventi sono in fase di predisposizione dei progetti esecutivi e saranno avviati nel corso del 2003 - 04. Gli investimenti complessivi sono pari a Lire mld. 52, suddivise tra le 6 Aziende Sanitarie ed Ospedaliere.

#### B.9) PROGRAMMA PER LA RIQUALIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA NEI GRANDI CENTRI URBANI - ART. 71 L. 448/98

Il progetto complessivo si suddivide in 36 sottoprogetti, la cui realizzazione è prevista entro il 2005. L'investimento complessivo prevede una spesa complessiva di 89 miliardi di cui £ mld. 60 a carico dello Stato e £ mld. 29 di cofinanziamento a carico delle due Aziende (ASL 2 ed Azienda Ospedaliera) del Comune di Perugia e della Regione.

*Il programma, inizialmente bloccato dal DPCM 20.3.2002, è, con l'avvenuta assegnazione della quota del 5%, in fase di progettazione esecutiva e/o avvio lavori, previsti a partire del presente anno.*

#### *C) Nuove progettazioni da attivare nel triennio*

La Regione ha concertato nel Patto per lo sviluppo dell'Umbria, una serie di opere necessarie per completare il riordino della rete ospedaliera:

- ai sensi della Legge 549/95 e della Legge 662/96, la realizzazione del nuovo ospedale di Branca utilizzando i fondi INAIL;
- la realizzazione di accorpamenti negli ospedali di territorio a Marsciano Todi, Narni Amelia e C. Lago C Pieve.

Rispetto alle caratteristiche dei nuovi nosocomi e ai fondi per realizzarli:

a) il Nuovo Ospedale di Branca: la nuova sede accorperà gli ospedali di Gubbio e Gualdo Tadino, in un nosocomio che entrerà a far parte della rete regionale dell'emergenza; il progetto relativo all'opera è già stato approvato con accordo di programma e la sua ultimazione è prevista entro il 2006; questo accorpamento rappresenta un momento importante per la programmazione sanitaria regionale, essendo la sua effettiva realizzazione senza il fiorire di improprie duplicazioni di sedi un indicatore di qualità del sistema. Il Piano sviluppa tale percorso di accorpamento attivando una dialettica con i territori che permetterà di concertare, all'interno delle coordinate generali sopra definite le funzioni specifiche nel nuovo nosocomio si svolgeranno nonché le migliori destinazioni per l'utilizzazione delle vecchie sedi chiarendo fin d'ora che queste non saranno in ogni caso destinate allo svolgimento di funzioni di degenza. In questa prospettiva le Direzioni aziendali gestiscono lo sviluppo delle dotazioni di personale e gli incarichi di responsabilità di struttura nelle sedi per le quali sono previsti gli accorpamenti, creando fin da oggi le condizioni che favoriranno l'integrazione operativa nelle nuove sedi.

b) Ospedali unici di Marsciano Todi, Narni Amelia, C. Lago C Pieve: le nuove sede accorperanno i nosocomi già esistenti nei rispettivi comuni, consentendo di ammodernare e snellire la rete degli ospedali di territorio; mentre lo studio di fattibilità dell'Ospedale di Marsciano Todi è già stato approvato dalla Giunta Regionale e verrà finanziato tramite fondi della Azienda ASL n. 2 e dell'art. 67/88, sono in via di definizione gli studi di fattibilità tecnico finanziaria relativi agli altri due ospedali. Sulle funzioni degli ospedali di territorio vedi il paragrafo 6.6.4.1.

### D) Altre iniziative

Rientrano altresì tra le previsioni in materia di investimenti del prossimo triennio:

- a) la realizzazione delle opere necessarie ad attivare il polo di ricerca in Ematologia ed Oncologia presso il nuovo Polo unico di PG, tramite il Consorzio CREO tra AOPG, Università di Perugia e la Fondazione Chianelli (ONLUS), la cui gestione spetterà , una volta a regime, all'AOPGe all'Università per le rispettive competenze;
- b) la realizzazione delle opere necessarie ad attivare un polo di ricerca avanzata in Diabetologia (CIRD), da finanziare attraverso fondi INAIL a Perugia, mentre l'attività assistenziale sarà svolta all'interno dei servizi dell'AOPG o in convenzione con la stessa;
- c) la realizzazione delle opere necessarie a realizzare il Polo di ricerca a Terni sulla neurorigenerazione, da finanziare tra la sperimentazione gestionale che l'AOTR attiverà in collaborazione con la Fondazione Agarini e l'Università di PG;
- d) la realizzazione della nuova sede dell'ASL 4 a Terni da finanziare tramite project financing.
- e) la progettazione degli ammodernamenti relativi alle strumentazioni dei Poli Oncologici:
  - dell'AOPG, che prevede la messa in funzione di:
    - una *PET* tramite risorse proprie;
    - un *impianto a ciclotrone* tramite un consorzio delle AO ed ASL dell'Umbria;
  - dell'AOTR tramite l'attivazione di un 2° acceleratore lineare.
- f) altri progetti relativi ad ammodernamenti tecnologici (cogenerazione, dotazioni strumentali avanzate, etc) saranno oggetto di un atto programmatico ad hoc.

### E) INDICAZIONI IN MATERIA DI EDILIZIA

La programmazione legata alla realizzazione di nuove strutture ospedaliere, nonché alle opere di ristrutturazione, adeguamento ed ampliamento di quelle esistenti comporta la valutazione puntuale e accurata degli aspetti architettonici, strutturali e funzionale delle aree.

Particolare rilevanza riveste l'aspetto igienico, impiantistico ed energetico legato oltre che al rispetto puntuale delle Normative Vigenti ad una corretta programmazione dei costi sia in termini di manutenzione che di esercizio. A tal proposito si pone particolare attenzione a favore delle migliori tecnologie e impiego di materiali che consentono il risparmio economico nella gestione futura delle strutture ospedaliere e il rispetto dell'ambiente, l'igiene e la salubrità dei locali.

E' auspicabile l'adozione di scelte progettuali mirate nei diversi settori.

In particolare per quanto riguarda la progettazione architettonica e la scelta dei materiali si propone:

#### BIOARCHITETTURA

- adozione di materiali eco-compatibili limitando il ricorso a prodotti di sintesi chimica
- corretta esposizione del fabbricato in funzione delle aree di destinazione
- masse murarie di elevato spessore per favorire l'inerzia termica dell'edificio
- barriere verdi a foglia caduca per favorire l'ombreggiamento estivo

#### SCELTA DEI MATERIALI

- adozione di vetrate termoacustiche e serramenti a bassa conducibilità termica

- rivestimenti interni con superfici lisce con impiego di gomme naturali
- schermatura e in sonorizzazione dei locali tecnologici
- miglioramento delle caratteristiche acustiche passive dell'edificio.

Per ciò che riguarda le scelte impiantistiche e legate al risparmio energetico e al contenimento dei consumi si propone:

#### IMPIANTI DI CONDIZIONAMENTO

- gruppi di cogenerazione (per la produzione combinata di energia elettrica e termica che consentono, nel caso delle strutture ospedaliere, tempi di ritorno dell'investimento nel breve volgere di pochi anni)
- generatori di calore ad alta modularità ed elevato rendimento (es. generatori a temperatura scorrevole e "a condensazione")
- produttori di acqua refrigerata ad assorbimento (es. gruppi refrigeranti alimentati ad acqua calda e/o vapore)
- impianti e apparecchiature a recupero di calore
- utilizzo e sfruttamento delle fonti rinnovabili di energia
- sistema di telegestione per il controllo degli impianti

#### IMPIANTI ELETTRICI

- corpi e proiettori illuminati ad elevato rendimento energetico
- ottimizzazione degli impianti di rifasamento
- accorgimenti per la limitazione dei campi magnetici prodotti.

### **6.7 *Sviluppare interazioni tra pubblico e privato nell'interesse del sistema***

La scelta del modello pubblico veniva nel PSR 1999-2001 supportata da una serie di valutazioni emerse da studi effettuati nei paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico e relativi agli anni 1994-95, dove erano messi a confronto servizi sanitari nazionali a gestione rispettivamente diretta, assicurativa e privatistica per la loro capacità di garantire efficacia pratica, efficienza (intesa come rapporto tra efficacia pratica e costi del sistema) ed altri indicatori di performance. Questi studi depongono per migliori performance dei servizi sanitari nazionali che garantivano maggiore efficacia e più efficienza allocativa rispetto agli altri due modelli. Le indicazioni emerse dagli studi sopra ricordati hanno ricevuto, seppur su piani diversi, conferma da una serie di ulteriori e più autorevoli analisi<sup>1 1</sup>.

---

<sup>1</sup> L'OMS (WHO 2000) ha elaborato una classifica della performance generale di sistemi sanitari in 191 paesi nel mondo in cui il nostro servizio sanitario nazionale, per l'anno 1997 cui si riferisce lo studio, si attesta al terzo posto nella classifica mondiale della performance sanitaria dopo Oman e Malta (al primo posto quindi tra i paesi dell'Unione Europea) mentre si colloca al secondo posto nella classifica mondiale della performance globale, dopo la Francia; risultati meno lusinghieri vengono raggiunti dall'Italia nella classifica della equità nella contribuzione (45° posto nella graduatoria mondiale) e in quella della soddisfazione dichiarata dagli utenti e nella capacità di "risposta" (22° posto nella graduatoria mondiale). I dati vanno letti con l'avvertenza che i risultati di salute osservati sono in buona parte il portato di performance sviluppate dai servizi sanitari anche negli anni precedenti. Di fatto però, essi rappresentano un formidabile argomento, avallato dalla massima autorità mondiale in materia di sanità pubblica, a favore del servizio sanitario nazionale italiano, inteso come servizio pubblico, ispirato dai principi di universalismo ed equità e basato sul metodo della programmazione per problemi.

In questa cornice, il modello assistenziale dell'Umbria prevede un'interazione tra pubblico e privato basata sulle evidenze gestionali disponibili e finalizzata al soddisfacimento dei bisogni di salute e di assistenza dei cittadini.

Sempre in sede di premessa va ricordata l'opportunità di procedere a valutazioni:

- sui risultati clinici e gestionali prodotti dalle sperimentazioni gestionali attivate in Umbria con il PSR 1999-2001 (Istituto Prosperius Umbertide);
- sui risultati gestionali delle esternalizzazioni attivate con la cessione a terzi dei servizi di supporto (es.: mense, lavanderia, etc).

Conseguentemente il Piano colloca le interazioni tra pubblico e privato all'interno degli equilibri del sistema e nella cornice offerta dal quadro programmatico generale, che è finalizzata al perseguimento di una interazione reciprocamente positiva e pertanto:

- affida al privato convenzionato (case di cura e gestori di strutture residenziali) definite nicchie di attività (alcuni interventi relativi ad attività di chirurgia programmata, residenze protette, alcuni percorsi riabilitativi) nelle quali il SSR ha interesse a delegare le connesse aree di offerta perché, a monte, i requisiti strutturali e funzionali depongono per un adeguato livello assistenziale e, a valle, le valutazioni di efficacia e gestionali non evidenziano minori guadagni di salute e di efficienza;
- si impegna ad effettuare nel primo anno di vigenza del Piano la valutazione degli esiti delle sperimentazioni gestionali attivate (Istituto Prosperius- Umbertide) e sulle politiche di esternalizzazione dei servizi di supporto portate avanti nel triennio 1999-2001, verificando in concreto costi e benefici ottenuti in una ottica sistemica e almeno di medio periodo;
- propone come nuova sperimentazione gestionale tra pubblico e privato quella tra AOTR, Fondazione Agarini e Università di Perugia in materia di radiocirurgia, radioterapia stereotassica, neurogenetica e neurogenerazione.
- persegue le relazioni di integrazione con il privato accreditato sulla base di un sempre più esplicito sistema di regole, dove è la qualità delle prestazioni ricevute dal cittadino che rappresenta il criterio base per orientare le scelte.

## **6.8 *Sviluppare l'osservazione epidemiologica per la programmazione socio sanitaria***

Il Piano presenta un impianto centrato su una visione dell'epidemiologia, in cui questa:

- orienta le grandi scelte della programmazione tramite l'individuazione delle priorità di intervento basate sullo stato di salute della popolazione e sugli eventi evitabili;
- subordina le scelte organizzative alla loro capacità di contribuire positivamente al raggiungimento degli obiettivi di salute valorizzando le conoscenze "evidence based management";
- consegna ai clinici il compito di sviluppare la misurazione degli outcome prodotti dalle loro attività, nel quadro della strategia del governo clinico.

---

<sup>1</sup> Una accurata revisione e metaanalisi (Deveroux PJ et Al, 2002) è stata realizzata dalla Mc Master University – Canada - su 15 studi osservazionali che hanno incluso 26.000 ospedali e 38 milioni di pazienti degli Stati Uniti nel periodo 1982-1996, evidenziando che i pz trattati negli USA dagli ospedali for profit hanno il 2% in più di rischio di morte (RR 1.020; IC95% 1.003- 1.038).

Nel complesso l'osservatorio epidemiologico regionale opererà in stretta relazione con la programmazione e l'organizzazione dei servizi sociosanitari sui seguenti obiettivi:

- la raccolta di informazioni epidemiologiche sui bisogni di salute e di assistenza di coloro che in Umbria vivono e lavorano, che esiterà in una Relazione sullo stato di salute da pubblicare entro il 2003 con le base line per gli obiettivi di salute e per gli outcome del PSR;
- il supporto al governo clinico tramite:
  - attività di raccolta e socializzazione, anche in collegamento con strutture extraregionali, delle evidenze di efficacia relative agli interventi sociosanitari (evidence based medicine);
  - attività di raccolta e documentazione, anche in collegamento con strutture extraregionali, delle evidenze di efficacia relative a determinate soluzioni gestionali (evidence based management);
  - analisi e supporto all'appropriatezza professionale nei distretti e nei dipartimenti;
  - analisi epidemiologiche sulla sicurezza e sull'equità;
- la partecipazione alle attività degli Osservatori sulle politiche del Piano tra cui:
  - osservatorio sulla salute degli anziani;
  - osservatorio sull'appropriatezza prescrittiva;
  - osservatorio sull'appropriatezza professionale;
  - osservatorio sull'integrazione socio-sanitaria ;
- ulteriore sviluppo dei contributi epidemiologici forniti dai registri di popolazione :
  - RTUP;
  - dializzati;
  - malformazioni congenite;
  - diabete giovanile;
  - etc.
- raccolta di dati epidemiologici sugli outcome del SSR;
- promozione di indagini epidemiologiche sulla qualità percepita.
- promozione della cultura epidemiologica nei servizi attraverso momenti formativi e seminari;
- attivazione di indagini e strumenti di sorveglianza dei fattori di benessere e di rischio;
- promozione di studi organizzativi.

## **6.9 Valorizzare gli operatori**

### **A) Governare l'ECM**

A gennaio del 2002, dopo un anno di sperimentazione, anche in Italia si è avviato il processo di formazione continua (ECM); essa comprende l'insieme organizzato e controllato di tutte quelle attività formative, sia teoriche che pratiche, con lo scopo di mantenere elevata ed al passo con i tempi la professionalità degli operatori della sanità per *supportare lo sviluppo del governo clinico*.

La caratteristica principale del programma di E.C.M. italiano è rappresentata dal fatto che essa prevede la obbligatorietà della formazione continua e l'estensione a tutti gli operatori della sanità, coinvolgendo quindi tutte le categorie professionali.

La conseguenza pratica di questi due elementi: obbligatorietà ed estensione a tutte le categorie professionali è rappresentata dal fatto che ogni operatore sanitario dovrà acquisire nell'arco del quinquennio n. 150 crediti formativi.

La Commissione Nazionale per la formazione continua ha individuato, ai sensi dell'art. 16-ter del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni, gli obiettivi formativi di interesse nazionale per il prossimo quinquennio 2002/2006 di ECM, le linee fondamentali del programma ECM, i crediti formativi che devono essere maturati dagli operatori in un determinato arco di tempo e i requisiti per l'accreditamento di soggetti pubblici e privati che svolgono attività formative.

Nell'ambito di questo quadro è quanto mai fondamentale il ruolo delle Regioni, confermato anche dall'accordo della Conferenza Stato – Regioni sull'E.C.M. del 20/12/2001, alle quali è affidato il compito di promuovere, sul loro territorio, il sistema per la formazione continua e ad essere garanti della qualità e della trasparenza del sistema stesso.

La Regione dell'Umbria per poter svolgere tale ruolo di promozione del sistema e garante della qualità e della trasparenza del sistema stesso si è posta l'obiettivo, in coerenza con gli indirizzi nazionali, di istituire un sistema regionale di E.C.M. partendo da una scelta di campo che è quella di prendere in considerazione quali providers, in questa prima fase, le Aziende Sanitarie pubbliche e private convenzionate con il SSR

Le Aziende sanitarie umbre dovranno diventare il centro della formazione continua dei propri operatori, garantendo, in questo modo, "in loco" una offerta formativa adeguata alle necessità degli utenti, valorizzando la capacità formativa dei propri operatori più esperti e non compromettendo l'attività istituzionale dell'Azienda :

Chiaramente il valore delle iniziative proposte dalle diverse aziende avrà una maggiore o minore ricaduta sulla partecipazione dei vari professionisti, non solo a seconda del fatto che ognuno di loro saprà riconoscere nel modello di attività proposto un'effettiva corrispondenza ai propri bisogni di formazione, in funzione del ruolo che svolge e in funzione delle sue prospettive di sviluppo personale e professionale , ma anche in funzione degli incentivi previsti dal Contratto Nazionale di lavoro per chi prenderà parte o meno ai medesimi eventi.

La ECM nazionale ha già delineato modalità di tipo organizzativo ed operativo per l'implementazione, all'interno delle Aziende, di un sistema di formazione continua accreditato .Tale documento può considerarsi la base per l'istituzione in sede aziendale o interaziendale di Centri ECM come sub unità del servizio /ufficio per la formazione aziendale.

Alla luce di ciò la Regione dovrà, sulla base dei bisogni formativi, individuare gli obiettivi formativi di interesse regionale e validare i Piani di formazione delle Aziende Sanitarie Locali e promuovere la realizzazione di una anagrafe, accurata e trasparente, dei crediti accumulati dai singoli operatori.

Dovrà essere istituita inoltre, a livello centrale una Commissione E.C.M. regionale composta da esperti nell'ambito della metodologia formativa e da rappresentanti degli ordini e dei collegi professionali, con il compito di:

- accreditare i singoli progetti di formazione presentati dalle Aziende Sanitarie pubbliche e private convenzionate con il SSR,
- attribuire agli stessi i crediti assegnati all'evento formativo calcolati sulla base degli indicatori definiti dalla Commissione E.C.M. nazionale,



- verificare l'evento formativo in funzione del raggiungimento degli obiettivi previsti.

La Commissione E.C.M. regionale si avvarrà della collaborazione della Consulta delle Professioni Sanitarie istituita con DGR n. 13/2002.

Chiaramente l'attivazione dell'E.C.M. regionale pone l'Umbria di fronte ad una sfida formativa che richiede mezzi e strategie del tutto nuovi. Accanto ai corsi residenziali, improntati ad una didattica di tipo più tradizionale, è necessario attivare anche in Umbria iniziative formative a distanza, così come prevede il documento istitutivo dell'E.C.M. nazionale; iniziative che possono raggiungere i diversi operatori nell'esercizio del loro lavoro quotidiano, in buona continuità con i problemi concreti contro cui si battono giorno dopo giorno, in modo flessibile con il supporto di una serie di tutors on line capaci di intervenire a risolvere problemi e per ottimizzare il costo della formazione permanente.

## B) Diversificare ed arricchire i ruoli professionali

Le risorse umane assumono un ruolo centrale e propulsivo nel processo di rinnovamento del Servizio Sanitario Regionale. Tale processo è in funzione di un'organizzazione che va incontro al cittadino, sempre più sensibile alla qualità del servizio offerto, dove l'efficienza, l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni dipende da loro stesse e dal loro contributo produttivo.

E' necessario quindi potenziare l'investimento sui dipendenti per aggiungere loro valore, favorendo lo sviluppo delle politiche del personale.

La tendenza generale di gestione delle risorse umane deve essere spinta verso un coinvolgimento partecipativo sempre più marcato e verso uno sviluppo culturale e professionale continuo dell'individuo e del gruppo, attraverso la valorizzazione del potenziale umano orientato ad effettuare investimenti significativi in professionalità, utilizzando un approccio di confronto alla gestione delle risorse umane.

- Una maggiore responsabilizzazione individuale e di gruppo;
- Respingere l'affermarsi di visioni settoriali, centrate su interessi particolari di singoli profili professionali;
- Sviluppare la flessibilità nell'impiego delle risorse umane, tenendo conto dei ruoli previsti e riconosciuti dalla contrattazione;
- Sviluppare una adeguata pianificazione strategica della formazione di base mediante la predisposizione di programmi di addestramento, aggiornamento, qualificazione e riqualificazione finalizzati all'ottimale valorizzazione delle risorse umane.

Particolare attenzione dovrà essere pertanto posta:

- Ai processi di innovazione tecnologica ed organizzativa;
- Ai processi di ristrutturazione, riorganizzazione e riconversione delle strutture e dei servizi;
- Alla individuazione di adeguati percorsi di riqualificazione del personale interessato dai processi di riconversione.

Tali enunciazioni dovranno tradursi nelle sotto elencate azioni:

1. Definizione del fabbisogno di personale che deve caratterizzarsi per modalità omogenee (con le quali è stabilito) e per gli obiettivi da raggiungere nel triennio:

### 1.1.Determinazione dell'entità delle risorse umane:

- 1.1.1. svolgere l'attività infermieristica, ostetrica, tecnica e riabilitativa attraverso un apposito Servizio in un contesto in cui l'assistenza sia:

- fornita secondo un modello teorico olistico, centrata sul cliente e aggiornata in rapporto alle evidenze cliniche (EBN - EBM);
  - erogata attraverso il processo di nursing sia nell'ambito preventivo, curativo, che palliativo e riabilitativo;
  - organizzata secondo il modello dipartimentale e con la finalità della massima coerenza con le strategie del PSR ed i PAL; rivolta all'efficacia dei risultati ed alla efficienza organizzativa;
  - organizzata in relazione alle trasformazioni intervenute nell'erogazione delle prestazioni sanitarie (degenze per intensità di cure, D. Hospital, D. Surgery, D. Service, Ambulatori, Hospice, Ospedale a domicilio, ecc.) e al sistema organizzativo scelto: tradizionale (assistenza funzionale) o innovativo (assistenza di gruppo, assistenza primaria, assistenza modulare, case management, percorsi assistenziali);
- 1.1.2. programmare e gestire le presenze in base all'analisi della domanda tenendo conto:
- delle esigenze degli utenti (da misurare con metodologia ad hoc);
  - delle risorse disponibili;
  - delle condizioni e dell'organizzazione complessiva dell'Azienda (attività medica, di formazione, servizi di supporto, servizi generali, dislocazione territoriale ed edilizia, ecc.);
  - degli obiettivi di produzione (prestazioni da erogare, DRG da potenziare, DRG da disincentivare, ecc.);
  - degli indicatori e rispettivi standard assistenziali da valutare e monitorare;
- 1.1.3. progettare e gestire l'orario di lavoro ed i turni di servizio (riposi, congedi ordinari e ferie) seguendo i seguenti criteri:
- decentramento della gestione complessiva a livello dipartimentale, *tenendo a riferimento il limite rappresentato dall'orario di lavoro di 36 ore settimanali ed adeguando l'organizzazione in funzione dell'orario di servizio e di apertura al pubblico*;
  - distribuzione flessibile dell'orario di lavoro nell'ambito delle previsioni contrattuali;
  - valorizzazione del ruolo dei gruppi interdisciplinari e delle responsabilità di ogni operatore.
  - evitare che siano utilizzati istituti contrattuali impropri per sopperire a normali turnazioni.
2. Il reimpiego del personale in settori differenti a quello di appartenenza deve nascere da strategie regionali e aziendali con le quali si ridisegna il servizio in base alle modificazioni demografiche ed epidemiologiche, quindi valutando prioritariamente:
- Trend di pensionamenti atteso nel successivo quinquennio;
  - Attività e servizi in dismissione o in chiara diminuzione di attività;
  - Attività e servizi di nuova progettazione almeno per un quinquennio;
  - Individuazione aree alternative di utilizzo del personale esonerato dall'espletamento di alcune funzioni ed individuazione preventiva dei reparti/servizi/uffici dove collocarli.
  - Progressivo riassorbimento di quell'area di lavoro precario cresciuto in questi anni nell'ambito del SSR.
3. La definizione degli strumenti per la riqualificazione deve essere coerente alle finalità del Servizio sanitario regionale e delle aziende sanitarie regionali e quindi deve:
- tendere al raggiungimento degli obiettivi regionali ed aziendali;
  - risultare dalle modifiche e dalle innovazioni organizzative e gestionali;
  - promuovere le competenze professionali sui processi anziché sui singoli ruoli;
  - sostenere e adottare un sistema premiante (non solo economico) che riconosca le competenze professionali dei singoli e l'impegno nell'acquisirle e mantenerle.

Inoltre, per quanto riguarda soprattutto l'area contrattuale della dirigenza, ulteriore importante obiettivo da perseguire nell'arco di vigenza del piano risulta essere quello della definizione e implementazione di un sistema di valutazione permanente.

Infatti, la valutazione della dirigenza, oltre a rispondere ad una specifica previsione contrattuale, contribuisce a far assumere al personale inquadrato in tale area un ruolo di partecipazione alla vita delle aziende propedeutico al loro pieno coinvolgimento nei processi di riordino previsti nel presente documento di programmazione.

In tale contesto la valutazione si configura anche come una leva per affrontare i processi di cambiamento prefigurati nel Piano, mediante l'accrescimento in capo a tutto il personale di un forte orientamento al raggiungimento dei risultati, con l'assunzione di un ruolo attivo nel processo di aziendalizzazione. Proprio in considerazione del ruolo attivo che si intende assegnare al sistema di valutazione nella vita delle aziende, lo stesso dovrà essere ampiamente condiviso dalla dirigenza.

L'attuazione delle linee contenute nel piano si realizza anche attraverso il pieno coinvolgimento delle aziende e dei loro operatori nella fase di elaborazione degli specifici indirizzi attuativi.

Conseguentemente le aziende del servizio sanitario regionale sono chiamate a contribuire alla realizzazione del Piano anche mettendo a disposizione i propri operatori a sostegno delle strutture regionali competenti in materia. In particolare tale partecipazione dovrà vedere coinvolte soprattutto professionalità tipiche dell'universo sanità stante la considerazione che l'esperienza e la competenza di un addetto ai lavori può conferire all'azione regionale maggiore incisività. A tale fine, nell'arco di vigenza del PSR, la Giunta Regionale, per l'esercizio delle proprie funzioni e di quelle del SSR, potrà avvalersi, anche per un numero limitato di ore settimanali, di operatori delle aziende sanitarie che, per durata e finalità predefinite, eserciteranno la loro attività presso gli organismi regionali, venendo posti, per tale periodo, alle dipendenze funzionali delle rispettive direzioni regionali.

I relativi oneri saranno posti a carico del fondo sanitario regionale.

### C) Definire gli impegni per il livello regionale della contrattazione

Il Protocollo d'intesa sottoscritto l'8 agosto 2001 nella conferenza Stato – Regioni ha sancito che i rinnovi contrattuali nel settore sanitario vengono negoziati a livello centrale per garantire la tutela del potere d'acquisto, e a livello regionale/aziendale per remunerare la produttività e il raggiungimento di obiettivi strategici che hanno specificità e caratteristiche locali. Tale importante mutamento deve necessariamente comportare, per la Regione, l'adozione di un sistema di relazioni sindacali che consenta di gestire, in modo efficiente ed efficace, la definizione dei contratti integrativi regionali.

Occorre infatti, anche in relazione alla modifica in senso federalista del titolo V° della Costituzione, valorizzare maggiormente il ruolo di governo della regione, riservando alla stessa il compito di integrare, pur nel quadro generale stabilito dal livello nazionale, le regole e le risorse per finalizzare l'assetto del personale del SSR alle esigenze ed alla missione delle aziende.

Al fine di assicurare il pieno assolvimento di tale specifico ruolo si procederà alla costituzione di un organismo regionale incaricato di gestire, di concerto con le organizzazioni sindacali di categoria, la delicata fase della contrattazione integrativa regionale e aziendale.

La costituzione del predetto organismo sarà disposta con atto di Giunta Regionale il quale ne definirà la composizione, i poteri e le modalità di funzionamento.

A tal fine la Regione, anche al fine di supportare l'attività del predetto organismo, dovrà dotarsi di un sistema che consentirà di rilevare, avvalendosi della indispensabile collaborazione delle aziende sanitarie della regione, una serie di elementi fondamentali per la conduzione di una corretta ed efficace contrattazione integrativa.

In particolare le aree di intervento da sviluppare sono quelle riferite alla esatta conoscenza dei sotto elencati elementi:

- Consistenza qualitativa e quantitativa del personale in servizio;
- Dettaglio analitico delle retribuzioni corrisposte.

Dopo aver acquisito tali elementi di conoscenza si dovrà sottoporre gli stessi ad analisi di benchmarking al fine di individuare ed analizzare gli scostamenti rispetto ai valori medi regionali, sia sotto il versante retributivo che occupazionale. Verranno quindi quantificati, sulla base dei dati effettivi forniti dalle aziende sanitarie, sia i costi derivanti dai contratti nazionali che i presumibili costi derivanti dalla sottoscrizione degli accordi regionali anche al fine di individuare gli eventuali scostamenti degli stessi rispetto alle risorse messe a disposizione per detti rinnovi.

In tale logica potranno essere effettuate tutte le necessarie simulazioni sui costi di diversi possibili scenari circa la contrattazione integrativa.

## **6.10 Collegare ricerca e innovazione**

In questa direzione vanno attentamente valutati, tra gli altri, i seguenti problemi:

- a) lo scarso peso che fino ad oggi ha avuto la quota di innovazione endogena prodotta dal sistema a partire dagli strumenti e dalle risorse messe in campo;
- b) le valutazioni condotte sui risultati della ricerca finalizzata regionale, che ha riguardato sostanzialmente alcuni campi relativi a specifici sistemi operativi professionali, portando allo sviluppo ed applicazione in sede locale di approcci proposti e/o sviluppati in altre realtà; inoltre i tempi che intercorrono tra definizione dei temi, selezione delle proposte di ricerca e loro effettiva realizzazione sono in generale tali da ridurre l'effettivo impatto dei risultati. Pertanto la ricerca finalizzata regionale, mentre metabolizza ed adatta a livello locale procedure e sistemi operativi professionali - cosa comunque degna ed utile - non è riuscita a produrre innovazioni rilevanti, nonostante la presenza di professionalità e di aree di eccellenza sia nel SSR che a livello universitario.

Il Piano pertanto nel triennio sperimenta l'efficacia di interventi volti a aumentare la capacità di governare l'innovazione del sistema e di mettere a disposizione del SSR nuovi processi, individuando:

- a) una area di temi connessi con la ricerca finalizzata regionale e nazionale che possono fornire contributi nei campi:
  - della epidemiologia valutativa, con particolare riferimento alla valutazione dell'efficacia pratica dei sistemi operativi professionali (es.: ricerca clinica applicata alla messa a punto di linee guida e di percorsi assistenziali) e, distintamente, gestionali (es. sviluppo di sistemi di documentazione sulla evidenze di efficacia nel campo della gestione);
  - della sociologia e della psicologia delle organizzazioni professionali, e della antropologia culturale, con particolare riferimento per le prime alle evidenze disponibili in materia di sistemi operativi per la selezione e la formazione del

personale, per la gestione dei climi organizzativi, la gestione delle relazioni esterne, la manutenzione e sviluppo del capitale sociale e la rilevazione della soddisfazione dei cittadini, mentre per la seconda assume rilevanza la valutazione di bisogni e accessibilità dell'offerta assistenziale in gruppi della popolazione a differente retroterra culturale, recuperando la capacità di operare letture dei contesti differenziate su base di genere, etnia, classe, territorio, etc.

b) aree di ricerca avanzata, cioè relativa a tematiche già chiarite in termini di ricerca di base e da mettere a punto tramite affinamenti prototipali e brevetti, che possono mettere a disposizione del SSR effettive innovazioni nei processi assistenziali da introdurre nel medio periodo, con effetti sia sulla creazione di Poli regionali di eccellenza sia sulla innovazione complessiva del sistema; queste aree di ricerca avanzata sono collegate alle aree di eccellenza presenti nel SSR e nell'Università nei campi della diabetologia, oncogenetica, neurorigenerazione, riabilitazione neurologica, oncoematologia.

In tale cornice la Regione:

- concerta con l'Università il Programma triennale per l'innovazione di processi assistenziali del SSR - per i contributi specifici che questa vorrà fornire - in un apposito "Programma triennale per l'innovazione di processi assistenziali del SSR";
- promuove la partecipazione ai bandi europei e nazionali della ricerca finalizzata da parte di operatori, ricercatori ed Enti presenti in Umbria;
- promuove la partecipazione, d'intesa con altre regioni italiane, a progetti di ricerca europei e nazionali che rientrano nei finalità e nelle aree sopra definite;
- censisce, anche attraverso le banche dati esistenti, le linee di ricerca che vedono coinvolti operatori e ricercatori operanti in Umbria;
- promuove, nel quadro della ricerca finalizzata regionale un filone di attività rivolto alla "ricerca intervento", precisandone le caratteristiche metodologiche in modo da distinguerla dall'attività istituzionale e contribuendo così a sviluppare l'attenzione di quella grande arte di operatori che non sono orientati alla ricerca scientifica ma sui quali ricade comunque l'onere di attivare l'applicazione concreta delle innovazioni gestionali introdotte dalla programmazione socio-sanitaria di esplorare nuove soluzioni operative;
- sperimenta, nel triennio, integrandola con le azioni precedenti, un nuovo modello propositivo della ricerca scientifica finalizzata alla valutazione dei servizi, definibile come "ricerca finalizzata controllata", così articolata:
  - Individuazione di temi pertinenti con le aree sopra definite e appropriati per essere affrontati a livello europeo e nazionale e, entro definite condizioni (Programma triennale per l'innovazione dei processi assistenziali), ritenuti di particolare rilevanza e connessi con le aree ed il programma sopra individuato;
  - Accreditamento di referenti o gruppi di ricercatori da parte di ASL, AO, Università, Società scientifiche, Enti privati, interessati a sviluppare ricerca finalizzata sui temi proposti
  - Costituzione concertata con gli enti di appartenenza dei gruppi di ricerca regionali che partecipano per conto della regione Umbria ai bandi europei e nazionali e regionali.

- Presentazione da parte della regione dell'Umbria, entro i termini previsti dai bandi europei e nazionali dei Progetti di Ricerca Finalizzata concordati con Enti Universitari, Società Scientifiche ed Enti di ricerca privati e Aziende Sanitarie ed Ospedaliere regionali.

Al fine di supportare le attività di cui sopra viene istituita una apposita Commissione regionale e promossi percorsi formativi in metodologia della ricerca applicata.

## **6.11 Governare le autorizzazioni e promuovere accreditamento ed eccellenza**

Le autorizzazioni per l'esercizio delle attività sanitarie delle strutture pubbliche e private, sono demandate alla Giunta regionale che si avvale delle competenti strutture dell'Unità sanitaria locale.

La regolamentazione delle autorizzazioni è stata meglio dettagliata, anche alla luce delle disposizioni fissate dal D. Lgs. 229/99, nel Regolamento regionale n. 2 del 25 febbraio 2000 in cui sono previste due fasi autorizzatorie:

- a) l'autorizzazione alla realizzazione (costruzione, adattamento, diversa utilizzazione, ampliamento, trasformazione, trasferimento), di competenza del Comune, vincolata al parere positivo della Direzione regionale sanità e servizi sociali, che è basata sia sulla valutazione della AUSL di competenza territoriale, che su quella del Servizio Regionale per la Programmazione socio sanitaria di base ed ospedaliera e Osservatorio Epidemiologico;
- b) l'autorizzazione al funzionamento rilasciata dalla Giunta regionale è subordinata al rispetto dei requisiti minimi previsti dal DPR 14/1/97, che trovano immediata applicazione nel caso di realizzazione di nuove strutture o di ampliamento e trasformazione di quelle già esistenti. La verifica dell'avvenuto adeguamento e della permanenza dei requisiti viene effettuata dalla Giunta regionale in collaborazione con le strutture dell'Unità sanitaria locale.

*Tale procedura si applica a tutti nuovi servizi a valenza non meramente funzionale eventualmente attivati da ASL, AO e altri soggetti attivi nel campo dell'assistenza socio-sanitaria ed è fatto pertanto obbligo alle aziende sanitarie locali ed ospedaliere di rispettare le procedure sopra richiamate per l'attivazione di nuovi servizi socio-sanitari.*

La LR n. 3/98 ha fissato anche i criteri per la elaborazione dei requisiti ulteriori per l'accreditamento delle strutture sanitarie da parte della Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare:

- coerenza con le scelte della programmazione regionale, sulla base della domanda di salute espressa dalla popolazione di riferimento e del livello di offerta esistente per le varie tipologie di prestazioni;
- adeguatezza qualitativa e quantitativa delle dotazioni strumentali, tecnologiche ed amministrative;
- equilibrio tra volume di prestazioni erogabili e potenzialità della struttura;
- congruità delle professionalità presenti con la tipologia delle prestazioni erogabili;

- presenza di un sistema informativo connesso con quello del Servizio sanitario regionale e conforme alle specifiche regionali; presenza di un idoneo sistema per il controllo ed il miglioramento continuo della qualità.

È previsto che i requisiti ulteriori, trovino immediata applicazione nel caso di richiesta di accreditamento per nuove strutture, ampliamento e trasformazione di quelle esistenti mentre sia concesso un termine di 3 anni dall'emanazione dei requisiti stessi per l'adeguamento delle strutture in esercizio, pubbliche e private già convenzionate.

A livello regionale, essendo stati definiti i requisiti minimi ulteriori per l'instaurazione di rapporti provvisori con il SSR da parte di strutture pubbliche e private di medicina dello sport e regolamentati i rapporti provvisori fra il SSR e le strutture sanitarie private:

- sarà approvato il regolamento in materia di accreditamento istituzionale ed i requisiti ulteriori generali e specifici;
- sarà portato a termine il processo di formazione in merito all'accreditamento e alla qualità, sia partecipando al progetto ministeriale guidato dalla Regione Emilia-Romagna, sia con iniziative proprie, per arrivare alla formazione di 40 figure (funzionari regionali, operatori delle aziende ospedaliere e USL e strutture sanitarie private, liberi professionisti esterni al sistema), propedeutico alla gestione del modello di accreditamento regionale che si sta definendo.

Il percorso per l'accreditamento istituzionale rappresenta altresì un fattore favorente l'avvio del governo clinico nella nostra regione, in quanto privilegia gli aspetti organizzativi, professionali e di risultato, rispetto alla semplice verifica delle risorse strutturali;

## **6.12 Migliorare comunicazione, informazione ed immagine del SSR**

### **A) Comunicazione e informazione per il cittadino competente**

La comunicazione è un processo di informazione ed ascolto che riconosce pari dignità ai soggetti coinvolti. Una comunicazione efficace è di importanza strategica per una politica della salute fondata su un ruolo attivo del cittadino. Essa costituisce un valore per il SSR che va rafforzato in quanto permette agli operatori di acquisire una maggiore consapevolezza ed adesione agli obiettivi di promozione della salute e di qualificazione dell'assistenza, alla popolazione di esprimere una domanda di servizi più appropriata.

Progettare ed erogare servizi sanitari in linea con i bisogni impliciti ed espliciti della popolazione richiede la messa in campo di interventi di *marketing sociale* nelle Aziende Sanitarie, volto non ad accrescere quote di mercato, ma a qualificare la domanda eliminando gli elementi di inappropriatazza.

In particolare, la Comunicazione deve configurarsi sia all'esterno che all'interno dell'Azienda, come strumento per il coinvolgimento del personale, per migliorare le relazioni, l'ascolto di operatori e cittadini e per qualificare i servizi.

La diffusione di una cultura della comunicazione e l'attivazione di strategie comunicative specifiche sono necessarie per:

- a) migliorare la qualità dei servizi;

- b) garantire appropriate conoscenze ed informazioni di tipo scientifico e comportamentale per sostenere e rendere effettivo nella popolazione il diritto all'autodeterminazione del proprio benessere.
- c) migliorare l'appropriatezza della domanda e l'informazione per l'accesso ai servizi.
- d) favorire processi di condivisione delle comunità locali per promuovere una cultura della salute ed assicurare la presenza di *cittadini competenti ed attivi*.
- e) migliorare il "sistema Carta dei Servizi" e la rete degli Uffici Relazioni con il Pubblico come strumenti per formalizzare gli impegni assunti dalle Aziende e per qualificare i rapporti con i cittadini;

#### *Orientamenti programmatici*

Il Piano Sanitario Regionale introduce una visione nuova del Sistema Sanitario e pone il cittadino in un ruolo innovativo rispetto al passato.

Si tratta di un ruolo, i cui contenuti sostanziali vanno costruiti nel processo di attuazione del PSR, per promuovere una crescita della cultura della salute che dovrà tendere a:

- favorire un'efficiente *sistema della comunicazione* mediante l'integrazione delle attività che fanno capo alla comunicazione ed informazione, promozione della salute, miglioramento della qualità, sistema "carta dei servizi" e formazione.
- progettare strategie di comunicazione finalizzate alla promozione della salute favorendo l'integrazione delle diverse professionalità e dei diversi soggetti pubblici e privati che interagiscono nelle comunità locali.
- promuovere la partecipazione attiva degli operatori e dei cittadini ai fini del miglioramento della qualità dell'assistenza.
- migliorare l'immagine del SSR comunicando ed informando fatti ed eventi essenziali che rientrano nelle strategie aziendali e che siano sostenuti da processi organizzativi verificabili.
- costruire un piano annuale di comunicazione dell'Azienda sanitaria come strumento operativo per definire gli obiettivi, i contenuti, gli strumenti e le modalità di verifica delle iniziative di comunicazione interna ed esterna.

Il processo di sviluppo della comunicazione sarà attivato con modalità progressive sulla base:

- delle indicazioni e delle azioni definite nel Piano ed attraverso gli impegni che saranno assunti con *i Patti ed i Piani integrati per la salute* e le indicazioni che emergeranno dallo sviluppo delle attività epidemiologiche.
- della valorizzazione di *cittadini competenti ed attivi* negli ambienti di vita e di lavoro come condizione per un'efficace interazione con i servizi socio-sanitari, per lo sviluppo della promozione della salute e valorizzazione del capitale sociale.
- della qualificazione delle relazioni interne al fine di assumere il *governo clinico* come nuova strategia gestionale e nuova area di impegno e di responsabilità cui deve corrispondere un'innovazione sostanziale nelle metodologie e nella comunicazione secondo quanto previsto dal PSR. A tal fine dovranno essere attivati strumenti e supporti di documentazione per promuoverne il processo di sviluppo;
- delle esigenze di comunicazione tese a migliorare l'immagine del SSR tenendo conto delle innovazioni che emergeranno dalle politiche derivanti dal



federalismo sanitario e dalle conseguenti maggiori responsabilità dell'Ente Regione.

**La Regione** è impegnata a promuovere:

1. Iniziative per migliorare il processo di sviluppo della comunicazione in ambito regionale.
2. Indirizzi e direttive e per sostenere il processo di sviluppo della comunicazione e della rete degli Uffici Relazioni con il Pubblico.
3. La formazione continua degli operatori coinvolti nei processi di comunicazione;
4. Lo scambio di esperienze tra le Aziende e con altre realtà regionali al fine di favorire soluzioni efficaci;
5. Attività di verifica anche attraverso le indagini sul gradimento dei cittadini.

**Le Aziende sanitarie** sono impegnate a:

1. Assicurare e migliorare l'organizzazione dell'*Area della comunicazione*, in posizione di staff con la Direzione Generale, facendovi afferire i servizi e le risorse qualificate, necessarie per promuovere lo sviluppo di un sistema della comunicazione interna ed esterna.
2. Garantire le informazioni e la comunicazione sull'organizzazione e le modalità di accesso ai servizi, sugli obiettivi e i diritti degli utenti.
3. Favorire la partecipazione degli utenti e delle forze sociali nella formulazione di proposte per la programmazione e l'attivazione di programmi per la promozione della salute, la ricerca sui bisogni degli utenti e di valutazione complessiva dei servizi.
4. Realizzare interventi di *marketing sociale* vale a dire, assumere decisioni per migliorare il processo di sviluppo della comunicazione attraverso *la ricerca* di informazioni e conoscenze e la *pianificazione della comunicazione interna ed esterna*.
5. Definire annualmente un piano di comunicazione individuando obiettivi, target, attori, risorse, azioni, controllo e verifiche.

## B) La Carta dei servizi

Il Processo di sviluppo del "sistema Carta dei servizi" si inserisce in quello più ampio e complesso della comunicazione. E' volto a qualificare i rapporti con i cittadini, ad assicurare attraverso la cultura della comunicazione, la partecipazione per un ruolo attivo delle persone finalizzato a migliorare la qualità dei servizi e dei percorsi dell'utente, a monitorare il gradimento del cittadino sulla qualità dei servizi offerti, ad assicurarne la tutela dei diritti.

Lo sviluppo del sistema carta dei servizi sanitari da parte dei soggetti pubblici e privati interessati, deve delineare *un sistema di garanzie*, legato a quegli aspetti più specificatamente connessi alla qualità del servizio percepito dall'utente.

### Obiettivi per il triennio

- Migliorare lo sviluppo del sistema "carta dei servizi" da parte dei soggetti pubblici e privati con riferimento agli obiettivi, agli impegni, agli standard ed agli strumenti di verifica.
- Sviluppare l'integrazione del sistema carta dei servizi con il sistema comunicazione al fine di qualificare i rapporti con i cittadini, migliorare l'informazione e la partecipazione, la tutela del cittadino.

### Il ruolo della Regione:

- Promuove il processo di sviluppo delle Carte ed il loro stato di attuazione attraverso interventi e progetti specifici, anche al fine di impartire direttive e linee guida per

assicurarne uno sviluppo *in progress* volto a rendere più uniformi le carte con riferimento agli impegni ed agli standard di qualità.

- Promuove attraverso direttive lo sviluppo della comunicazione e l'attivazione nelle Aziende Sanitarie, dei Comitati consultivi di utenti previsti dall'art. 28 della L.R. n. 3/98, allo scopo di raccogliere informazioni, anche attraverso progetti sperimentali, per verificare il gradimento degli utenti, formulare proposte per il miglioramento dei servizi per gli aspetti più specificatamente connessi alla qualità percepita dall'utente;
- Favorire la formazione degli operatori e lo scambio di esperienze per il trasferimento di soluzioni efficaci;
- Verificare lo stato di attuazione delle Carte dei servizi;

### **Il ruolo delle Aziende e degli altri soggetti del Servizio Sanitario:**

Le Aziende Sanitarie e le altre istituzioni pubbliche e private hanno l'obbligo di:

- Aggiornare ogni anno la Carta dei servizi con l'apporto dei responsabili delle strutture ed il coinvolgimento del personale interno, provvedere alla sua pubblicazione;
- Individuare per ogni settore in cui si articola Carta: gli impegni e gli standard, attivare strumenti di verifica idonei, tra i quali le indagini di gradimento.
- Pur nel rispetto dell'autonomia di ogni singola Azienda, le Carte dei Servizi dovranno indicare impegni e standard sui tempi di attesa e sulle dimensioni qualitative del servizio: *Informazione, Accessibilità, Rispetto della persona, Aspetti alberghieri e comfort, Tutela.*
- Disporre un efficace sistema per la presentazione, raccolta e gestione di reclami, segnalazioni e suggerimenti da parte di utenti o associazioni che li rappresentano.
- Rafforzare le funzioni dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico garantendo la sua operatività ed una rete di punti di informazione ed ascolto.
- Attivare nelle Aziende Sanitarie la costituzione di *comitati consultivi di utenti* secondo quanto previsto all'art. 28 della LR. 3/98 e successive integrazioni e le direttive che saranno impartite a livello regionale.

## **6.13 Governare l'interazione con l'Università**

L'interazione con l'Università dovrà trovare applicazione nel Protocollo di Intesa secondo i dettati del DPR 517/2000, sviluppati però lungo una linea di nuova e più concreta interazione con il SSR, a partire da alcune aree per noi strategiche tra cui:

- Pianificazione dei fabbisogni, adeguamento dei processi di formazione, diversificazione dei ruoli e dei profili professionali con distribuzione di funzioni e competenze tra diverse figure professionali;
- Corresponsabilizzazione nei processi assistenziali, per le attività di alta specialità e ricerca continua del miglioramento dei contributi professionali che l'Università apporta al sistema;
- contributo dell'Università ai programmi regionali per l'ECM;
- definizione dei *piani di sviluppo delle facoltà* funzionalmente integrati con i bisogni assistenziali, di innovazione e di ricerca del Servizio sanitario regionale;

- definizione del piano di sviluppo integrato tra SSR ed Università in relazione ad attività innovative (biotecnologie, etc) anche tramite finanziamenti della comunità europea

### **L'interazione con l'Università: Il Protocollo d'intesa**

I protocolli d'intesa Regione –Università rappresentano un essenziale strumento per realizzare la definizione operativa dei relativi rapporti che sono orientati alla piena valorizzazione del ruolo strategico dell'Università allo sviluppo del SSR nonché ai compiti istituzionali della stessa in campo sanitario, anche tramite una proficua interazione con le Aziende Sanitarie.

Il riferimento normativo fondamentale al quale riferirsi per avviare la fase di negoziazione è rappresentato dal Decreto Legislativo 21 dicembre 1999 n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio Sanitario Nazionale ed Università) ed in particolare dall'atto di indirizzo e coordinamento emanato ai sensi dell'articolo 1 del decreto legislativo stesso.

Le relazioni di sistema tra servizio sanitario regionale e università traggono dalla programmazione regionale, alla quale l'Università partecipa quale soggetto attivo, la fonte di riferimento essenziale per la stipula dei protocolli d'intesa.

Con i protocolli d'intesa sono quindi disciplinati i rapporti per:

- la formazione di base;
- la formazione specialistica;
- la formazione permanente;
- lo svolgimento delle attività assistenziali funzionali alle esigenze istituzionali dell'Università.

Il processo che ha preso avvio nella formazione di base con la sperimentazione del decentramento territoriale dei corsi di laurea triennali e successivo biennio specialistico per alcuni profili sanitari con il pieno coinvolgimento delle ASL e dei Comuni, dovrà prevedere il suo completamento entro la vigenza del piano.

Il protocollo d'intesa per la formazione specialistica, cardine fondamentale per una costante crescita del livello qualitativo assistenziale e per assicurare un rilevante supporto alle attività, dovrà definire il numero dei posti nelle scuole di specializzazione, i criteri di accreditamento delle strutture, anche extrauniversitarie, l'entità del finanziamento regionale, la definizione dei percorsi formativi, il grado di coinvolgimento delle Aziende Sanitarie.

La formazione permanente, alla quale è assegnato l'obiettivo strategico di uno sviluppo complessivo del sistema, non può prescindere dal pieno coinvolgimento dell'Università che dovrà concretizzarsi nell'attuazione del piano annuale di formazione, nella partecipazione all'attività della scuola regionale di formazione in sanità e all'attività della istituenda commissione regionale per l'educazione continua in medicina.

Il protocollo d'intesa per la parte assistenziale tra Regione e Università dovrà disciplinare le seguenti materie e forme di relazione:

- le modalità di partecipazione dell'Università alla programmazione regionale;
- la costituzione e/o conferma delle aziende ospedaliere;
- i criteri e le modalità d'integrazione dell'attività assistenziale, formativa e di ricerca tra il SSR e l'Università;
- i principi ed i criteri relativi alla costituzione, l'organizzazione e il funzionamento dei dipartimenti nonché l'individuazione delle strutture complesse a direzione universitaria;

- i criteri per la nomina del direttore del dipartimento;
- i criteri e modalità d'assegnazione dei professori e ricercatori universitari all'azienda;
- i criteri d'attribuzione e revoca degli incarichi di direzione di struttura;
- la definizione del volume ottimale d'attività e il numero massimo di posti letto
- la determinazione della quota percentuale di concorrenza finanziaria all'attività dell'azienda che è a carico dell'Università.

## 6.14 *Sviluppare le interazioni con l'ARPA*

A due anni dalla stesura dei protocolli d'intesa, approvati dalla Giunta Regionale e riguardanti l'ARPA, i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL e l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale, che avevano l'obiettivo di definire le modalità d'interrelazione nella progettazione e nello sviluppo degli specifici programmi d'attività ed i livelli di reciproca informazione, è sicuramente necessario un approfondimento sul grado e sulla qualità dell'integrazione raggiunta.

I protocolli nascevano, infatti, con l'obiettivo di semplificare le procedure, rendere accessibili le prestazioni e facilmente fruibili le informazioni, razionalizzando nel contempo le attività analitiche, nonché promuovere il lavoro interdisciplinare. Molto in questo senso è stato fatto, anche grazie alla definizione delle proprie procedure d'attivazione da parte dell'ARPA e allo sforzo compiuto in questa direzione da pressoché tutti i Dipartimenti di Prevenzione, nell'ambito degli Sportelli Unici per gli insediamenti produttivi, ed a quanto si sta ulteriormente facendo attraverso l'apposito gruppo di lavoro, oggi operante presso il Servizio Regionale di Prevenzione e Sanità Pubblica, e costituito dall'ARPA e dai Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL.

L'attribuzione al Servizio Sanitario Nazionale, quale livello essenziale d'assistenza sanitaria da garantire a tutti i cittadini, nell'ambito della "prevenzione collettiva", della *“verifica degli effetti sulla salute da inquinamento atmosferico e acustico”*, *“...da impianti di smaltimento dei rifiuti solidi urbani”*, *“...da detenzione, smaltimento dei rifiuti speciali, tossici e nocivi”*, *“...da scarichi civili, produttivi e sanitari”*, nonché della *“valutazione dell'impatto sulla salute umana dei fattori di nocività, pericolosità e di deterioramento negli ambienti di vita e indicazione delle misure idonee alla tutela della salute umana”* nonché della *“formulazione di mappe di rischio ambientale”* impone però una sostanziale rivisitazione dei protocolli sopra richiamati, peraltro già di per sé non adeguati a garantire da parte dei Servizi di Prevenzione l'erogazione dei livelli d'assistenza citati.

Alla luce di ciò l'obiettivo da perseguire è quindi il passaggio da una integrazione operativa ad una integrazione anche strategica, finalizzata ad inserire la componente salute nella valutazione d'impatto ambientale, attraverso:

- l'identificazione dei fattori di rischio significativi per la salute umana presenti nell'ambiente;
- l'identificazione delle caratteristiche di pericolosità (proprietà chimico-fisiche, rischi tossicologici ed ecotossicologici, reversibili e irreversibili);
- l'identificazione e la descrizione del destino ambientale degli inquinanti;
- l'identificazione delle possibili condizioni d'esposizione della comunità e delle relative aree coinvolte;
- la valutazione dell'esposizione della popolazione;
- la caratterizzazione del rischio per la salute determinato dalle specifiche condizioni d'esposizione.

Per raggiungere tale obiettivo due sembrano gli aspetti da enfatizzare:

- la programmazione congiunta delle attività di controllo ambientale;
- la valutazione periodica e sistematica dei risultati dei monitoraggi ambientali.

Rispetto al primo punto appare necessario e fondamentale la costituzione del **Comitato Regionale di Coordinamento** specifico, costituito dai Direttori dei DIP, dal Direttore dell'ARPA e dai Direttori Provinciali della stessa, da delegati delle Province di PG e TR in materia ambientale, dal Direttore Sanitario dell'IZS, e dal responsabile dell'OERU, presieduto e coordinato dal Dirigente Regionale del Servizio V – Prevenzione e Sanità Pubblica, nell'ambito del quale definire e concordare:

- i piani d'attività relativamente al monitoraggio ambientale, individuati sulla base di priorità emergenti dalla realtà territoriale o dall'analisi epidemiologica;
- le attività di vigilanza congiunta, in un ottica d'utilizzo razionale delle risorse interaziendali e di rispetto delle reciproche competenze;
- le attività di valutazione sistematica dei fattori di rischio ambientali individuati.

Rispetto al secondo aspetto diventa altresì prioritaria la definizione di un **Sistema Informativo Regionale (Regione, ARPA, Servizi DIP, IZS)**, funzionalmente integrato anche con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale, che consenta di conoscere i risultati delle attività di monitoraggio, ivi compreso quello ambientale, precedentemente concordate e programmate, al fine di trasformare tali dati anche in stime d'esposizione da utilizzare per la valutazione del rischio per gli esposti.

La messa in atto di un processo finalizzato al raggiungimento di tali obiettivi consentirà quindi, se supportato da adeguati processi formativi, a loro volta costruiti per favorire l'integrazione, di dare concretezza alle azioni previste nell'ambito dei Piani Integrati per la Salute e di promuovere iniziative d'informazione e comunicazione rivolte alla cittadinanza, realmente significative sotto il profilo della comunicazione del rischio.

## 6.15 *Valutare il PSR*

La valutazione del PSR rappresenta, anche alla luce dell'esperienza acquisita nel triennio 1999-2001, una azione complessa che andrà sviluppata con ancora maggiore determinazione della Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali nel nuovo triennio di Piano.

Le coordinate che reggono tali attività sono:

- a) l'esplicitazione delle premesse scientifiche su cui si basano le indicazioni del Piano, al cui riguardo sono centrali i concetti di evidence based management e di evidence based medicine, nonché gli ostacoli potenziali che si incontrano lavorando in questa direzione; il Piano parte quindi dalla necessità di valutare a priori l'efficacia degli interventi, consegnando in tal modo sia alla programmazione attuativa che alla valutazione di processo l'onere di applicare e monitorare gli avanzamenti;
- b) la consapevolezza che “nessun piano è stato mai realizzato secondo il piano stesso” consegna, in una accezione laica della realtà un limite tendenzialmente invalicabile alle nostre ambizioni programmatiche, tanto più forte quanto meno attenta è la riflessione sugli input e più estesa la proiezione temporale;

- c) l'assunzione di una visione sistemica richiede valutazioni globali, attenzione per la missione del SSR e una ferma distinzione tra fini e mezzi.

Su queste basi il Piano esplicita le azioni per le valutazioni di processo e d'esito nel campo del Governo della Salute e della Sanità e le valutazioni nel campo della Gestione della sanità, connesse con le valutazioni dei Direttori generali.

### A) Valutare gli sviluppi ed esiti di intersectorialità e Governo della Salute

Si tratta dell'aspetto forse più nobile ed innovativo del PSR, essendo basato su una visione sistemica della salute e su un forte ruolo dei cittadini e delle collettività per il suo raggiungimento.

In questo caso è la Direzione Regionale sanità che si assume il compito di promuovere le valutazioni di processo, tramite tavoli tematici previsti nel "Patto per lo sviluppo dell'Umbria" che assumono le vesti di Osservatori sulle politiche concertate.

Tali osservatori producono relazioni annuali sulle rispettive aree di politica sanitaria.

L'Osservatorio Epidemiologico regionale svolgerà invece la funzione di analisi e documentazione dello stato di salute di chi in Umbria vive e lavora, secondo le indicazioni già sviluppate nel paragrafo dedicato all'epidemiologia che esiteranno in periodiche relazioni sullo stato di salute in Umbria, di cui:

- la prima sarà prodotta entro il primo semestre di vigenza del PSR e conterrà le base line relative ai campi di osservazione individuati;
- la seconda, a fine triennio, illustrerà le evidenze maturate anche in base alle azioni realizzate.

Il DAP rappresenta lo strumento per l'integrazione delle politiche di settore a livello regionale.

### B) Valutare processi ed esiti nel campo del Governo della Sanità

Le valutazioni di processo e di esito nel campo del Governo della sanità rappresentano un altro passaggio delicato, ma necessario nel percorso di valutazione del Piano, dovendo rispondere al quesito fondamentale: *cosa ha fatto il Governo della sanità per garantire l'applicazione del Piano e con quali esiti?*

Per facilitare tale operazione la presente sezione contiene una schematica distinzione dei paragrafi che la compongono, al fine di rendere praticabile la assegnazione di obiettivi e la verifica dei processi relativi ai servizi ed agli uffici di cui oggi si compone la Direzione Regionale sanità e Servizi Sociali, assumendo che nel DAP saranno dettagliate su base annuale sia le declinazioni più opportune sulla base delle specifiche congiunture, sia rappresentati gli sviluppi più significativi realizzati.

E' comunque possibile fin da oggi articolare valutazioni distintamente per:

- i macroprocessi organizzativi e le azioni di Piano sulle quali già a fine 2001 è stata prodotta una Relazione ad hoc, che in questo ciclo sarebbe opportuno venisse prodotta alla fine del secondo anno di Piano, in modo da supportare eventuali interventi di rettifica;
- i monitoraggi periodici su prodotti e costi delle attività sanitarie e socio-sanitarie, sul modello di quelli già oggi disponibili in materia di assistenza farmaceutica e di tempi di attesa.

### C) Collegare la valutazione dei direttori generali con la gestione della sanità

L'Umbria ha sviluppato nel triennio 1999-2001 una consistente esperienza nella valutazione dei direttori generali i cui aspetti rilevanti sono rappresentati da:

- necessità di un approccio sistemico che misuri tutti i principali outcome del SSR (efficacia, capacità gestionale e qualità percepita) essendo chiaro che indicare pochi obiettivi comporta il rischio di polarizzare l'attenzione gestionale su poche aree di attività, distinguendo altresì gli obiettivi dai vincoli;
- difficoltà tecniche ad avere dati sugli outcome dell'esercizio gestionale osservato;
- opportunità di prevedere un bilanciamento tra indicazioni di medio periodo (coerenza con il PSR) e urgenze poste dall'evoluzione della normativa di settore (leggi finanziarie, etc);
- necessità di fare riferimento all'espletamento di atti amministrativi a efficacia intrinseca,
- garanzia di partecipazione dei rappresentanti delle collettività locali al processo di valutazione dei DG come ulteriore momento di qualificazione del processo valutativo.

Peraltro la valutazione è possibile solo portando a compimento il ciclo della programmazione, secondo le indicazioni della normativa regionale, il che significa:

- redazione dei piani attuativi locali in applicazione del PSR e secondo indicazioni metodologiche definite (es.: DGR 1142/2000);
- acquisizione delle relazioni aziendali di cui all'articolo 3, comma 8 della LR 3/98, così come modificata ed integrata dalla LR 29/2000;
- acquisizione da parte della Giunta Regionale del parere della Conferenza Permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria regionale sulle relazioni aziendali di cui sopra.

In tal modo la valutazione dei DG si innesta sulla valutazione del contributo aziendale alla politica socio sanitaria regionale; del pari il rafforzamento della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria regionale fornisce ulteriori elementi di garanzia, inserendo i rappresentanti delle collettività locali nel processo.

Per tali motivi nel triennio di Piano la valutazione dei DG:

- assumerà il pareggio di bilancio come vincolo, anche in una prospettiva pluriennale;
- bilancerà le componenti di medio periodo con le urgenze non programmate dettate dalla legislazione subentrante, dando comunque un peso prioritario alle prime;
- avrà carattere sistemico, misurando molteplici aree di risultato;
- si avvarrà del potenziamento del ruolo della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria, al fine di valorizzare il contributo delle collettività locali.

## **6.16 Rafforzare la Direzione regionale sanità e servizi sociali**

Con l'entrata in vigore del D.Lgs 502/92 la responsabilità e i compiti delle Regioni sono stati notevolmente ampliati; alle competenze già assegnate dalla L. 833/78 in tema di programmazione e indirizzo sulla organizzazione dei servizi sanitari regionali si aggiungevano

ulteriori responsabilità legate al nuovo ruolo di autorità amministrativa di regolazione del sistema sanitario.

Alla più ampia autonomia gestionale assicurata ad Ospedali ed USL dall'aziendalizzazione introdotta dal D.Lgs. 502/99, faceva, infatti, riscontro l'affidamento alla Regione di strumenti in grado di accompagnare con un'azione continua di stimolo gli indirizzi della programmazione.

La nuova strumentazione istituzionale imperniata sul binomio finanziamento del sistema/accreditamento delle strutture richiedeva a sua volta che il livello tecnico regionale l'acquisisse gli strumenti in grado di assicurare una costante funzione di regolazione e vigilanza sul Servizio Sanitario Regionale al fine di verificarne l'efficienza, i livelli qualitativi dei servizi e l'equità di accesso da parte dei cittadini.

Con l'accordo dell'8 agosto 2001 è ulteriormente ampliata la responsabilità delle Regioni che sono tenute a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza nel rispetto del finanziamento assegnato; quest'ultimo è inteso come tetto invalicabile di spesa oltre il quale le Regioni devono ricorrere all'imposizione di tasse o alla introduzione di ticket per la copertura dell'ulteriore fabbisogno.

Il nuovo modello impone in primo luogo un deciso potenziamento dei sistemi di controllo esistenti, basati su strumenti di monitoraggio della spesa e dell'effettiva erogazione di livelli assistenza caratterizzati da completezza ed esaustività.

Con la riforma costituzionale del Titolo V è lasciata totale libertà alla regolamentazione regionale per la definizione di un quadro organico di regole per l'erogazione dei LEA e il trasferimento delle risorse all'interno della Regione, nonché delle modalità di controllo.

Si tratta di un sistema di regolazione estremamente complesso e dinamico che richiede una continua valutazione delle tecnologie disponibili, per selezionare quelle di sicura efficacia definendone i criteri per l'uso appropriato e contemporaneamente valutando l'impatto sull'impiego delle risorse.

E' richiesto un vero e proprio cambio di velocità alla programmazione attuativa, ai sistemi di monitoraggio, alla revisione dei criteri di accreditamento, alle modalità di finanziamento e alle politiche di gestione delle risorse umane.

Questo comporta la necessità di:

- assegnare alla Direzione ed ai servizi che ne fanno parte la flessibilità organizzativa ed operativa necessaria per far fronte tempestivamente ai diversi scenari operativi, superando le modularità e le rigidità imposti dal modello organizzativo vigente;
- ridefinire le dotazioni organiche in termini qualitativi e quantitativi prevedendo una quota di contratti a cadenza poliennale (minimo biennale massimo totale della legislatura) finanziabili anche con i budget assegnati alla Direzione;
- riconoscere l'urgenza di acquisire competenze professionali nei servizi e garantendo i margini di convenienza necessari a mantenere la presenza di professionisti di qualità;
- dare applicazione operativa alla unicità di sistema tra SSR e Aziende sanitarie rendendo fluido il travaso di competenze tra aziende e Direzione, sulla base di accordi a termine approvati dalla Giunta, senza inibire la possibilità di attribuire in tale cornice responsabilità di struttura;
- garantire spazi e supporti adeguati alla varietà e complessità delle funzioni svolte.

***Su tali basi la Giunta approva entro tre mesi dal varo del PSR il piano di rafforzamento della Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali.***

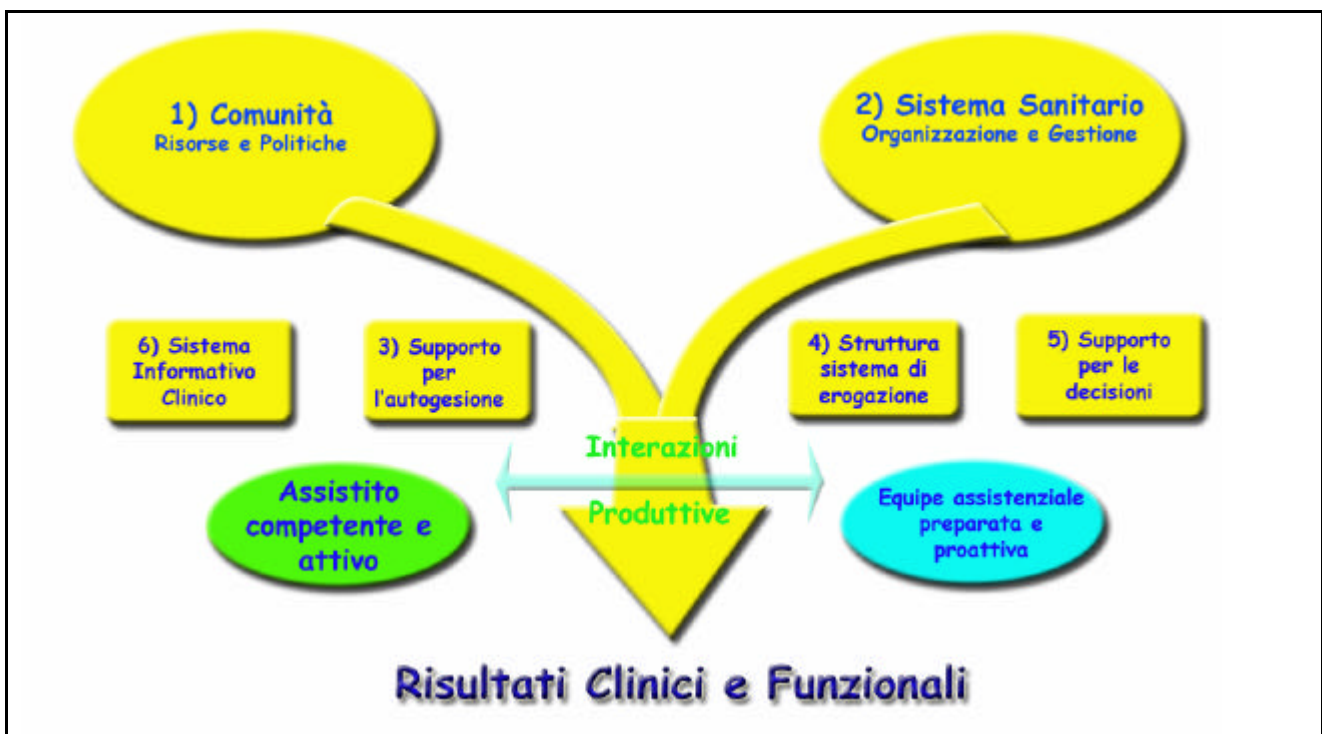


## 7 QUALITÀ E INNOVAZIONE NELLA GESTIONE DELLA SANITÀ

Il Piano, sullo sfondo del consolidamento dei macrolivelli organizzativi e assistenziali raggiunti, si propone di introdurre nel triennio innovazioni nei modelli gestionali che permettano di raggiungere gli obiettivi di salute, aumentare la qualità del sistema e garantirne la sostenibilità.

A tal fine si ritiene necessario adottare un modello assistenziale adatto alla situazione epidemiologica attuale e pertanto dotato delle seguenti caratteristiche:

- capacità di interazione con un cittadino competente (informato ed attivo) fornendogli i principali supporti per l'autogestione della malattia attraverso la Therapeutic Patient Education;
- messa in campo di equipe socio-sanitarie preparate ed attive, in grado di sostenere una "interazione produttiva" con i cittadini in modo da raggiungere i risultati clinici e funzionali più funzionali per la loro qualità di vita.



**Figura 6-1: Modello assistenziale per le malattie croniche**

- adozione di sistemi di supporto in grado di favorire tali processi.

Si apre pertanto una fase in cui le aziende sanitarie locali ed ospedaliere sono chiamate a svolgere un lavoro diverso rispetto al passato, essendo incaricate di gestire le seguenti innovazioni:

- o la promozione del governo clinico nei distretti e nei dipartimenti, come innovazione "strategica" per aggiungere più qualità al sistema e integrare i

percorsi assistenziali nel territorio e in ospedale, cui corrisponderanno nuovi assetti aziendali e funzioni regionali;

- un ancora maggiore impegno nelle attività di prevenzione e di iniziativa, dove, oltre ai guadagni di salute prodotti dai “Patti” che impegnano soprattutto il “sistema regione”, si chiede alle aziende di far incassare alla collettività anche quelli che possono derivare da iniziative “interne” ai servizi socio sanitari;
- un ulteriore affinamento delle capacità operative del SSR tramite una sistematica attività di analisi e qualificazione della domanda, sviluppo affidato in primo luogo alla medicina di base ed al distretto, per coniugare equità e sostenibilità con il riallineamento di bisogni, domanda, offerta e utilizzazione e una buona gestione delle liste di attesa;
- un rilancio dell’integrazione socio – sanitaria per garantire, una volta ridefinite le responsabilità gestionali e finanziarie, risposte sostenibili a bisogni di natura complessa, in un processo di cui occorre stabilire, con una ampia platea di soggetti, fini e passaggi per poi monitorare attentamente gli outcome sociali e sanitari;

Al fine di rendere realizzabili tali innovazioni e rafforzare la possibilità di conseguire gli obiettivi di salute e sostenibilità, il Piano introduce una serie di innovazioni nei diversi macrolivelli assistenziali, volte a sostenere organizzativamente i processi di miglioramento della qualità sopra definiti (e le cui principali ricadute organizzative sono sintetizzate nell’Allegato 2) tra cui spiccano: l’attivazione da parte dei distretti delle equipe territoriali, la riorganizzazione dei percorsi assistenziali per la acute care, la riorganizzazione della rete ospedaliera in ospedali dell’emergenza e di territorio, con nuove previsioni per la chirurgia e la riabilitazione.

## **7.1 Promuovere il governo clinico**

La prima fase dell’aziendalizzazione si è contraddistinta per la messa in campo di un unico approccio e di una unica strumentazione gestionale: quella del governo aziendale, puntando a regolare i rapporti con le diverse componenti organizzative presenti in Sanità sulla base dei classici sistemi di pianificazione controllo.

Peraltro anche questa osservazione si riferisce a caratteristiche funzionali astratte della nostra organizzazione aziendale, essendo nei fatti rimasta molto limitata la delega effettiva assegnata a distretti e dipartimenti da parte delle direzioni aziendali ( vedi sezione 2).

Anni di sperimentazione effettiva hanno permesso di confermare alcune evidenze disponibili in sociologia delle organizzazioni sanitarie, nel molto pragmatico filone teorico degli approcci “situazionali”: i sistemi di programmazione e controllo possono risultare appropriati soprattutto quando vi sono quelle condizioni che rendono possibile l’utilizzo di macchine e cioè quando:

- si è in presenza di un compito molto chiaro ed è quindi è possibile per l’organizzazione definire autonomamente e standardizzare procedure e prodotti;
- le componenti umane dell’Organizzazione possono ben operare in una cornice di bassa discrezionalità operativa;
- si vuole produrre esattamente lo stesso prodotto più volte;
- l’ambiente è sufficientemente stabile da garantire che i risultati prodotti siano appropriati.

In sanità tali condizioni organizzative sono presenti soprattutto nei cosiddetti servizi di supporto (area amministrativa, alcuni servizi di diagnostica strumentale e di laboratorio, etc.) che rappresentano i settori elettivi di applicazione dei meccanismi di programmazione e controllo.

Queste considerazioni verranno sviluppate nel paragrafo successivo in relazione alla opportunità di introdurre livelli appropriati di concentrazione sovra aziendale dei servizi di supporto.

Invece in tutto il nucleo operativo le condizioni organizzative divergono notevolmente da quelle sopra richiamate in quanto è possibile riscontrare:

- presenza di compiti estremamente sofisticati e variegati, che richiedono spesso un adattamento alla singola situazione assistenziale;
- le strategie e le procedure sono definiti esternamente all'organizzazione (società scientifiche), non sono facilmente standardizzabili né spesso è opportuno che lo siano;
- le componenti umane dell'organizzazione possono ben operare solo in una cornice di ampia autonomia professionale e devono godere di una ampia discrezionalità nell'uso orizzontale (dalla prevenzione alla riabilitazione) e verticale (dal semplice colloquio alla prescrizione di farmaci e/o interventi ad alto costo) delle risorse per poter fornire risposte assistenziali appropriate;

In tali contesti l'uso dei sistemi di programmazione e controllo risulta disfunzionale ed è necessario introdurre sistemi operativi che puntino a valorizzare:

- la standardizzazione di conoscenze e capacità operative dei professionisti, tramite percorsi formativi basati sulla valorizzazione dei riferimenti scientifici su cui si fonda la pratica professionale;
- la definizione di approcci proposti e condivisi dai professionisti stessi;
- la attenta selezione del personale sia in fase di formazione che in quella di verifica di comportamenti rispondenti agli interessi organizzativi, aspetto reso necessario dalla ampia autonomia e discrezionalità in possesso dei professionisti stessi.

Si tratta di condizioni operative in parte contemplate nell'approccio gestionale noto come governo clinico. Il termine "clinical governance" è stato introdotto nel 1993 dall'OMS per rappresentare una modalità – preferenziale – per portare a sintesi le molte dimensioni della qualità in sanità e più recentemente il Servizio Sanitario Nazionale inglese ha scelto la governance<sup>1</sup> come il contesto in cui professionisti e amministratori si rendono responsabili del miglioramento della qualità dell'assistenza e del percorso verso l'eccellenza, contrapponendo tale strategia agli insoddisfacenti risultati determinati nel NHS dalla competizione amministrata.

Nelle concrete condizioni del SSR umbro, il concetto di governance assume particolare pertinenza in quanto fa riferimento alla creazione di una struttura o di un ordine che non può essere imposto dall'esterno, ma è il risultato dell'interazione di una molteplicità di attori che si autogovernano, influenzandosi reciprocamente. Nessuna rincorsa quindi all'ultima moda inglese ma soddisfazione per l'emergere a livello internazionale di una strategia che tiene conto delle peculiarità della Sanità - realtà organizzativa tra le più complesse – e conforme con l'ipotesi organizzativa assunta dal PSR 1999-2001 e qui ora affinata e sviluppata.

Il Piano assume pertanto il "governo clinico" come strategia per la "costruzione di appropriate"

---

<sup>1</sup> La teoria politica di tradizione anglosassone utilizza il termine *government* per designare le istituzioni formali dello Stato e per significare il loro monopolio sull'esercizio legittimo del potere di coercizione; a questa forma di esercizio del potere contrappone la *governance*, focalizzata sulla gestione di processi di consultazione e di concertazione che, per raggiungere i loro obiettivi, non ricorrono all'esercizio dell'autorità ed all'applicazione di sanzioni (Taroni F, Grilli R, 2000).

relazioni funzionali nelle aziende sanitarie tra le responsabilità cliniche ed organizzative per migliorare la qualità dell'assistenza".

## A) Principi e le implicazioni del governo clinico

I principi fondamentali che, secondo il Piano, qualificano “il governo della pratica clinica” nella seconda fase dell'aziendalizzazione in Umbria sono:

- collaborazione multidisciplinare e multiprofessionale;
- responsabilizzazione e partecipazione dei cittadini e degli operatori.

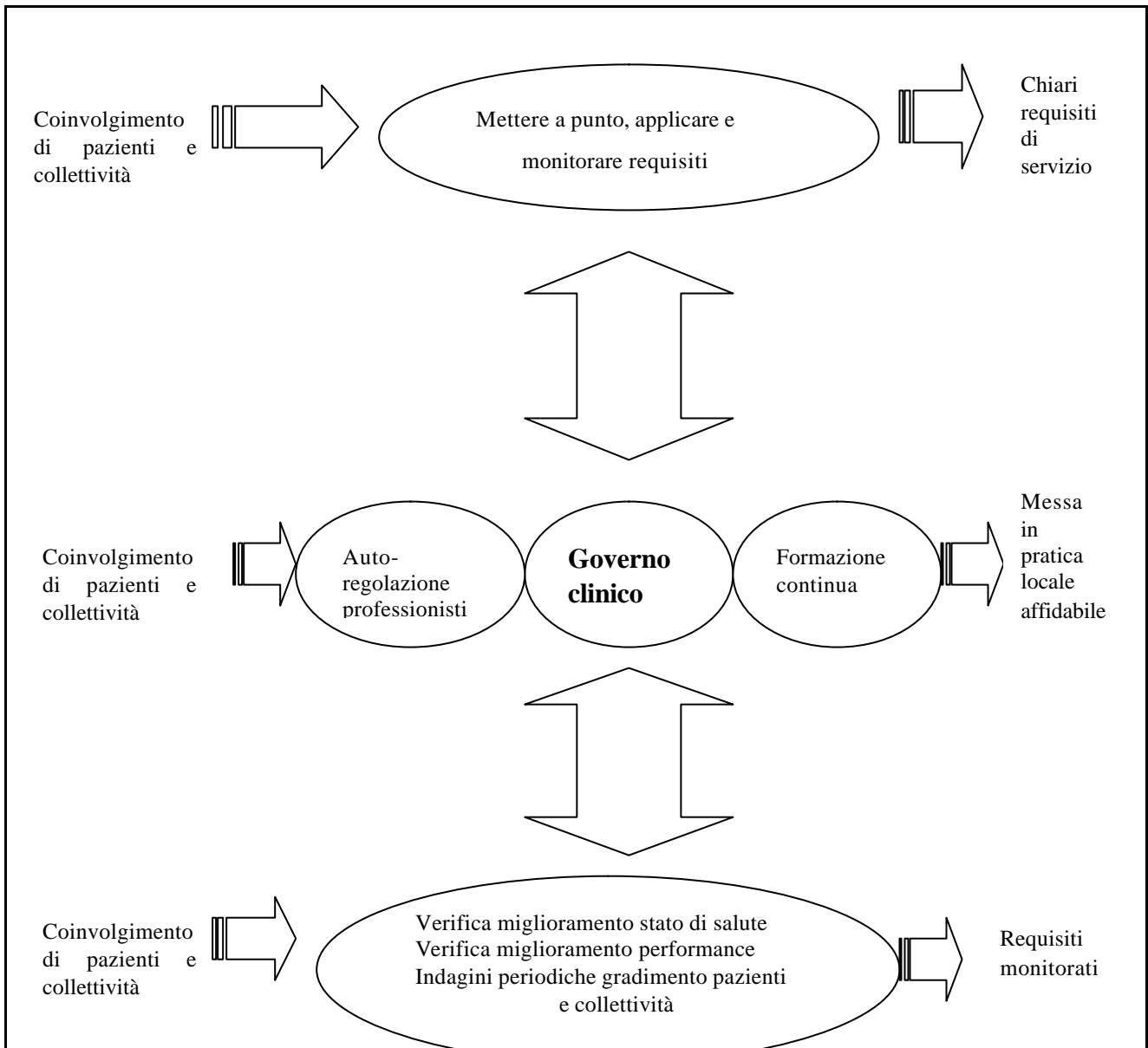
Si tratta di principi da cui derivano alcune rilevanti implicazioni:

- gli outcome dell'assistenza sanitaria costituiscono l'effetto non delle competenze e delle capacità tecniche del singolo ma il risultato finale dell'attività di un team di operatori e dei servizi adeguatamente supportata da un contesto organizzativo funzionale al raggiungimento degli obiettivi di salute;
- l'esplicita responsabilizzazione degli operatori rispetto a definite aree di performance comprende la disponibilità a sviluppare forme di controllo e monitoraggio delle prestazioni secondo criteri di valutazione professionalmente condivisi, validi e trasparenti e rappresenta la condizione per imparare dalla propria esperienza e da quella altrui, in un continuo esercizio di verifica degli “errori” e delle condizioni associate;
- la partecipazione dei fruitori dei servizi a questo processo soddisfa il diritto del cittadino ad un ruolo attivo nella scelta delle forme di trattamento e rappresenta una delle condizioni necessarie per il raggiungimento degli obiettivi di salute desiderati. Questa implicazione richiede una politica di valorizzazione delle risorse delle comunità e dei singoli, ove resi competenti ed attivi, che il Piano ha sviluppato nella sezione 4 con riferimento ai Patti per la salute ed al ruolo del capitale sociale e nella sezione 5, nel paragrafo dedicato alle nuove strategie comunicative del SSR.

Il fine ultimo del “governo clinico” è di costruire una organizzazione in grado di apprendere dai suoi problemi e di garantire la pronta e tempestiva adozione delle innovazioni organizzative e gestionali realizzate, che sono continuamente introdotte nel SSR, in genere per effetto di iniziative individuali, piuttosto che come conseguenza di specifiche politiche aziendali e quindi restano usualmente confinate nel luogo in cui sono emerse.

Promuovendo il governo clinico il Piano:

- ridefinisce le relazioni tra competenze professionali e quelle organizzative, ne modifica le attribuzioni, riconoscendo da un lato al potere degli organi di autogoverno (collegio di direzione, equipe territoriali, dipartimenti, servizi) dei professionisti l'onere di sviluppare nella pratica professionale materie innovative e qualificanti, mentre consegna alla direzione aziendale ed ai responsabili di struttura una condizione relazionale ottimale per realizzare la missione aziendale e perseguire gli obiettivi di salute;
- opera una prima consistente applicazione del principio della “gestione basata sull'evidenza”;
- sceglie i sistemi operativi in piena coerenza con la natura professionale dell'organizzazione sanitaria;
- nel percorso del miglioramento della qualità dei servizi sanitari, assume l'approccio biomedico come fondamentale per lo sviluppo delle altre dimensioni.



**Figura 6-2:** Relazioni tra governo clinico e condizioni sistemiche

\*Fonte: modificata da Taylor R (2001) "What is NICE?" [www.evidence-based-medicine.co.uk](http://www.evidence-based-medicine.co.uk)

## B) Riorganizzare le relazioni tra direzioni aziendali e servizi professionali

L'articolazione distrettuale con lo sviluppo delle equipe territoriali e l'organizzazione dipartimentale rappresentano gli ambiti organizzativi in cui sono attribuite ai professionisti specifiche responsabilità gestionali, sia nelle aree di miglioramento e valutazione della loro performance, sia nelle modalità di integrazione della loro operatività, mentre il Collegio di Direzione diviene il luogo in cui le voci di chi lavora nei distretti e nei dipartimenti si confrontano e si coordinano per elaborare politiche di sviluppo e di innovazione e garantire che si traducano in priorità evidenti e condivise, sia al momento della negoziazione dei piani di attività e delle relative risorse sia al momento della verifica del loro raggiungimento.

Il Piano dettaglia nell'*Allegato 2 le linee guida per l'atto aziendale*, formulate in modo da prevedere un assetto organizzativo funzionale allo sviluppo del governo clinico:

- l'art. 17 bis della legge 229/99 ha confermato le indicazioni del nostro precedente PSR che faceva del **dipartimento** l'unità organizzativa fondamentale dell'azienda per i servizi di prevenzione collettiva, specialistici ed ospedalieri. L'organizzazione dipartimentale favorisce infatti la collaborazione multi professionale e rappresenta una opportunità per passare dalla gestione per linee di produzione "verticali", tipiche di reparti ed unità operative, al coordinamento delle attività per linee "orizzontali", intra o interdipartimentali, che favoriscono la collaborazione professionale e il coordinamento organizzativo fra unità operative autonome.

Il dipartimento costituisce una chiave per modernizzare l'assistenza specialistica ed ospedaliera:

- spostando l'attenzione dell'azienda sanitaria dalla produzione di singole prestazioni alla fornitura di un servizio, qualificato secondo le esigenze di multi disciplinarietà e multi professionalità;
  - evidenziando la stretta interdipendenza e la molteplicità dei livelli di espressione dell'autonomia professionale e delle responsabilità gestionali, delimitando gli ambiti delle competenze gestionali del management aziendale e sviluppando quelle proprie degli operatori professionali.
- all'interno del **distretto** il Piano, viste le peculiarità operative e l'ampiezza dei compiti (promozione, prevenzione, assistenza socio sanitaria, riabilitazione) della rete di assistenza primaria, individua le **equipe territoriali** (vedi paragrafo 7.5.1), integrate con gli operatori del **centro di salute**, come ambito di espressione del governo clinico per le funzioni territoriali;
  - il **Collegio di Direzione** è il luogo in cui sono definite le politiche dell'azienda in quanto derivanti dall'incontro tra la funzione gestionale "generica" espressa dalla Direzione Aziendale, con quella "specialistica" espressa da professionisti cui è stata riconosciuta l'autonomia gestionale di organizzare e orientare l'attività dipartimentale e delle equipe territoriali, attività che vanno quindi armonizzate con le strategie aziendali. I compiti del Collegio di Direzione comprendono quindi sia una attenzione intra aziendale alle relazioni tra servizi, sia uno sguardo sovra aziendale alle relazioni operative con i soggetti esterni, sintetizzabili in quattro punti:
    - introduzione e messa a regime di innovazioni di processo che fanno "servizio" al cittadino, garantendo pertanto in sede collegiale la ricomposizione delle prestazioni all'interno dei percorsi assistenziali della acute care e della long term, nonché, a loro volta, le integrazioni verticali tra territorio ed ospedale e tra due aree assistenziali sopra citate;
    - introduzione e messa a regime delle innovazioni o alle di prodotto per soddisfare le necessità e le preferenze dei cittadini, nell'ambito dei piani di attività delle aziende;
    - definizione di programmi di valorizzazione degli operatori (es.:percorsi formativi aziendali che collegano ECM e governo clinico, sistemi premianti aziendali a supporto delle attività dei team multiprofessionali che garantiscono servizi e percorsi integrati);
    - valutazione del raggiungimento degli obiettivi aziendali e dei relativi fattori ostacolanti e favorenti.

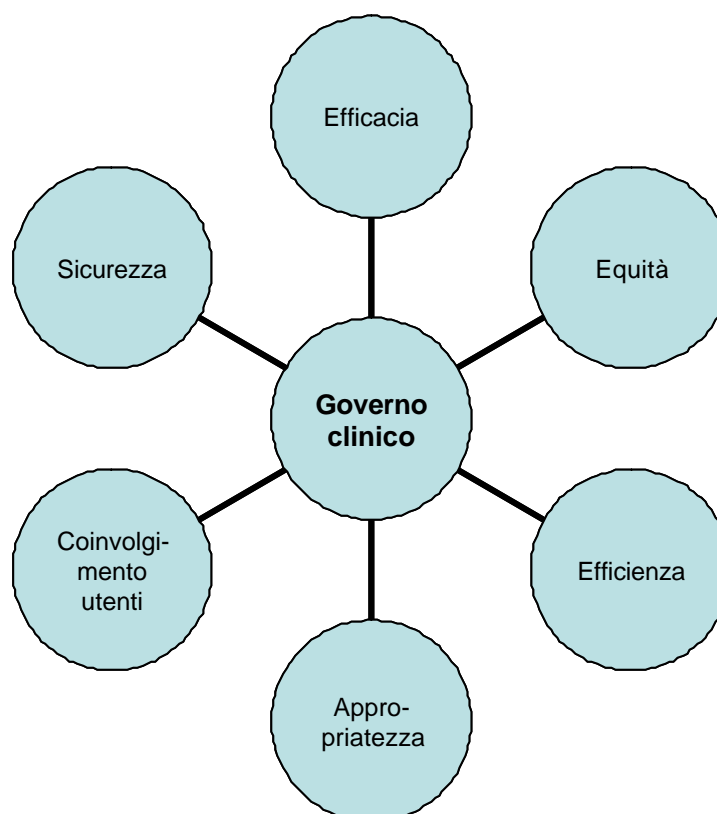
**Il direttore sanitario** dell'azienda assume in tale prospettiva un ruolo cruciale, divenendo il garante del governo clinico in quanto detentore dell'autorità formale e professionale necessaria per mediare i conflitti tra le competenze manageriali e quelle clinico professionali e garantire che le richieste dei professionisti siano sempre ricondotte al fine

dell'organizzazione, evitando la subordinazione delle scelte agli interessi specifici e, talora, extraorganizzativi della professione.

### C) Individuare aree prioritarie di valutazione e miglioramento della qualità

Il Piano assegna al governo clinico la realizzazione degli obiettivi di salute definiti nella sezione 4, con particolare riferimento alla riduzione della disabilità evitabile che è proposta a medici di base e

**Figura 6-3: Aree di performance su cui interviene il Governo Clinico**



clinici come area in cui è necessario sviluppare misurazioni sull'efficacia di specifiche attività e discipline. In tale prospettiva, determinanti per la definizione e la valutazione della qualità assistenziale sono alcune aree di performance, che rappresentano a loro volta dimensioni della qualità e quindi terreni di esercizio per il governo clinico in tutti i servizi: sicurezza, efficacia, appropriatezza, coinvolgimento degli utenti, equità d'accesso, efficienza .

#### C.1) Sicurezza

Uno degli obiettivi principali di un sistema sanitario è la sicurezza degli utenti in tutte le parti del sistema; in altre parole dovrebbero essere minimizzati i rischi e danni, sia causati dal professionista sia determinati dal setting in cui è erogato il processo assistenziale. Oltre al fatto che tutte le procedure diagnostiche terapeutiche possono causare danni al paziente, il rischio di malattie iatrogene è particolarmente elevato negli ambienti ospedalieri per acuti. Anche se negli ultimi anni la ricerca sui servizi sanitari ha posto particolare enfasi sui danni iatrogeni, le attuali contromisure di riduzione / prevenzione si concentrano quasi esclusivamente sul singolo professionista e quasi mai sullo sviluppo di strategie di sistema per monitorare e minimizzare il profilo di rischio complessivo; infatti, per migliorare il livello di

sicurezza dei pazienti assistiti in un sistema sanitario, oltre a conoscere nei dettagli i meccanismi e le cause dell'errore, è indispensabile mettere a punto un sistema di rilevazione e strategie di prevenzione.

Tutto ciò configura la necessità di creare in ogni azienda un'unità di risk management e di sviluppare la farmacovigilanza, in un processo collegato a sistemi di segnalazione sistematica di "incidenti" clinici e organizzativi e d'analisi dei reclami, che coinvolga sia gli utilizzatori dei servizi che gli operatori, sul modello del CESREM dell'Ospedale San Raffaele, dove è coinvolto anche il Tribunale dei diritti del Malato. Parallelamente possono essere attivate tra i professionisti dell'equipe territoriale e dei dipartimenti l'audit clinico<sup>1</sup> e *discussioni tra pari sugli "errori evitati"*, un approccio soft che si è rivelato in grado di superare le difese della professione.

Tra gli interventi in grado di aumentare la sicurezza e ridurre l'errore ricordiamo:

- analisi e riorganizzazione dei percorsi assistenziali della "acute care";
- studio e messa in pratica di procedure per migliorare la comunicazione interna tra reparti ed esterna verso il paziente;
- lotta alle infezioni ospedaliere
- attivazione di un'unità aziendale di gestione del rischio che si occupi di monitorare gli errori e prevenire il rischio clinico;
- attivazione di altre soluzioni pratiche tra cui:
  - banca dati degli errori;
  - refertazione informatizzata;
  - automazione nella fase esecutiva delle prescrizioni di medicinali;
  - uso del codice a barre (per non sbagliare medicinale);
  - visite anestesologiche accurate da parte di chi sarà presente in sala operatoria;
  - evitare il cambio turno in corso di intervento;
  - braccialetto di riconoscimento per evitare scambio di persone;
  - standardizzazione del funzionamento delle macchine.

## C.2) Efficacia

Si riferisce al grado con cui un intervento sanitario ottiene l'esito desiderato: infatti, gli utenti si aspettano che i trattamenti ricevuti producano benefici misurabili.

Misurare l'efficacia dell'assistenza sanitaria richiede la valutazione del grado con cui i trattamenti o gli interventi hanno ottenuto gli esiti desiderati. Nonostante le critiche ed il grado di penetrazione nelle politiche sanitarie internazionali, è indubbio che sensibili miglioramenti della qualità assistenziale richiedono l'erogazione di interventi di efficacia documentata da consistenti evidenze scientifiche, la cui sintesi strutturata (revisioni sistematiche) ed il conseguente sviluppo di linee guida costituiscono proprio gli aspetti essenziali della evidence based health care.

## C.3) Appropriatezza

E' essenziale che gli interventi erogati per la diagnosi ed il trattamento di una determinata condizione clinica siano selezionati per il "*paziente giusto, nel momento giusto, nel livello assistenziale adeguato e dal professionista giusto*", perché ciò massimizza la probabilità di ottenere gli effetti desiderati e riduce gli sprechi. Infatti un intervento - procedura- prestazione sanitaria si definisce appropriato quando i benefici attesi in termini di salute - benessere (aspettativa di vita, riduzione del dolore, riduzione di uno stato ansioso, migliorata capacità funzionale, prevenzione di eventi vascolari, etc) eccedono, con un margine di probabilità sufficientemente ampio, le conseguenze negative dell'intervento stesso (mortalità, morbilità, ansia da anticipazione diagnostica, dolore - discomfort, perdita di giornate lavorative).

Considerato che la valutazione di appropriatezza è effettuata con esplicito riferimento alle evidenze based guidelines, essa è condizionata dalla natura stessa delle evidenze: infatti, se per molti interventi sanitari esistono

---

<sup>1</sup> Modalità di revisione della performance, effettuata allo scopo di ridefinire le pratiche assistenziali a seguito della misura della qualità delle prestazioni rispetto a standard condivisi. Un programma formale di audit è un processo ciclico, che si attua selezionando un argomento e definendo gli standard desiderati, misurando la performance rispetto a quegli standard e rivedendoli per riadattarli al sistema. Anche quando assume aspetti meno formali, esso fornisce comunque informazioni utili alla pratica clinica corrente.



standard di riferimento che ci permettono di definirli con certezza appropriati o inappropriati, per molti altri la valutazione d'appropriatezza può essere più complessa perché riguarda una zona grigia.

In generale la valutazione di appropriatezza è effettuata sulla singola prestazione diagnostico terapeutica in una specifica condizione clinica e può riguardare sia il sovra utilizzo di prestazioni inappropriate, sia il sotto utilizzo di quelle appropriate. Più in particolare possono essere effettuate valutazioni di appropriatezza:

- o di livello assistenziale: ricovero ordinario, day hospital, assistenza ambulatoriale;
- o sul momento della storia naturale della malattia in cui l'intervento ha la massima efficacia;
- o sulle relazioni organizzative dei professionisti che realizzano l'intervento: team multidisciplinare, equipe, specialista, medico di base, nursing, etc.

#### **C.4) Coinvolgimento dei cittadini**

Parallelamente alla proliferazione ed al miglioramento delle tecniche per misurare la qualità dell'assistenza, i professionisti hanno imparato a conoscere che i pazienti, insieme con i loro familiari, assistenti e amici, rappresentano un nodo cruciale per la valutazione dell'assistenza sanitaria. Pertanto oggi si ritiene che il coinvolgimento dei cittadini, resi competenti da opportune politiche informative, sia essenziale per:

- o stabilire un linguaggio comune tra servizio sanitario e cittadini;
- o identificare priorità, aspettative, bisogni;
- o rendere consapevoli i servizi sanitari dell'impatto dell'assistenza che hanno i cittadini;
- o fornire informazioni sugli esiti a breve e lungo termine;
- o offrire opportunità per risolvere i problemi in partnership;
- o sviluppare la conoscenza della percezione sociale di salute sia dell'individuo sia della comunità. Il coinvolgimento dei cittadini nelle iniziative di miglioramento della qualità dovrebbe essere guidato da una serie di principi, nel pieno rispetto dei loro diritti (privacy, confidenzialità e consenso);
- o i cittadini devono essere incoraggiati ed istruiti a partecipare sia alla pianificazione- sviluppo delle strategie di erogazione dei servizi sanitari sia alla loro valutazione continua, attraverso varie modalità;
- o identificazione delle aspettative;
- o coinvolgimento sia nella definizione delle priorità e nella conseguente allocazione delle risorse sia nello sviluppo e nella valutazione continua dei meccanismi di feedback e nella definizione degli indicatori di qualità dell'assistenza e di erogazione delle prestazioni;
- o diritto di partecipare alle decisioni che riguardano la gestione della propria salute: in particolare di conoscere le evidenze scientifiche che supportano le decisioni dei professionisti della Sanità;
- o coinvolgimento nella produzione dell'informazione sulla salute, con particolare riguardo alle cause di malattia, allo loro storia naturale, all'efficacia/rischio delle procedure diagnostiche e degli interventi terapeutici;
- o diritto dovere di fornire un feedback continuo sulla qualità dei servizi sanitari, in qualunque momento, senza timori, pregiudizi o favoritismi <sup>1</sup>.

#### **C.5) Equità d'accesso**

Si riferisce al grado con cui un individuo o una popolazione accede ai servizi sanitari; questa dimensione della qualità tiene conto sia dell'appropriatezza dell'assistenza richiesta, sia della capacità dell'utente di raggiungere le sedi di erogazione dei servizi, sia delle varie forme di rimborso di prestazioni sanitarie disponibili. Accesso tuttavia non significa fornire a chiunque tutte le possibili prestazioni sanitarie, ma piuttosto la disponibilità di un ragionevole ed equo accesso ai servizi necessari, indipendentemente dalla provenienza geografica, età, sesso, razza, religione, livello di istruzione.

---

<sup>1</sup> Il NHS ha attivato, a supporto della clinical governance la National Patient and User Survey, come indagine periodica, sul gradimento dei pazienti e degli utilizzatori dei servizi (NHS Executive, 1999).

## C.6) Efficienza

Il concetto economico di efficienza implica che le scelte nella erogazione di prestazioni e servizi sanitari dovrebbero ottenere il massimo beneficio dall'investimento delle risorse impegnate.

La necessità di effettuare delle scelte è la logica conseguenza del fatto che nessun sistema sanitario potrà mai disporre di risorse illimitate per soddisfare le domande di salute di una popolazione. La definizione delle priorità nell'allocazione delle risorse basata sul criterio di efficienza economica – uno dei terreni di conflitto tra potere professionale ed amministrativo – richiede numerose considerazioni su costi e benefici di interventi sanitari alternativi.

In questa sede, senza entrare nel merito di tali modalità, ricordiamo che esistono due dimensioni dell'efficienza economica: quella tecnica e quella allocativa.

L'efficienza tecnica, che ha l'obiettivo di fornire la massima qualità dei servizi al costo più basso, è definita come la "combinazione meno costosa di risorse necessarie per l'erogazione di un certo servizio".

Ovviamente l'efficienza tecnica non fornisce sufficienti informazioni sulla priorità nell'erogazione dei servizi, né sull'opportunità di scegliere un'opzione diagnostico terapeutica piuttosto che un'altra.

L'efficienza allocativa invece definisce le modalità su come ottenere dalle risorse disponibili il mix ottimale di servizi e prestazioni sanitarie per massimizzare i benefici.

Esistono due aspetti dell'efficienza allocativa: il primo consente di scegliere tra varie condizioni patologiche; il secondo di vagliare le possibili alternative di allocazione di risorse all'interno della stessa condizione (ad esempio investire maggiori risorse nella prevenzione piuttosto che nel trattamento dei tumori polmonari).

## D) Introdurre modalità di integrazione della performance

L'enfasi posta sulla necessità di valutare e migliorare qualità dei servizi sanitari, rende necessario:

- a) recuperare la centralità del cittadino fornendo il miglior iter assistenziale possibile in relazione alle principali tipologie di bisogni, integrando nei percorsi e nei servizi le competenze degli operatori e facendone il collante dei diversi aspetti della qualità;
- b) affrontare il problema della sempre maggiore specializzazione e frammentazione delle competenze, che rende sempre più difficile l'integrazione interfunzionale dei processi di cura, in particolare per patologie complesse e di lunga durata;
- c) implementare le prove di efficacia disponibili attraverso quel processo conosciuto universalmente come "Evidence Based Medicine" (EBM), nella pratica clinica e nei percorsi assistenziali attraverso la definizione di linee guida e la messa in campo delle relative modalità di implementazione.

Si possono così definire, in una ritrovata ottica di servizio e grazie a complesse interazioni fra diverse professionalità e componenti organizzative:

a) i percorsi assistenziali della "*acute care*", in cui il paziente che versa in condizioni cliniche tali da metterne in pericolo la vita trovi un'organizzazione in grado di prenderlo in carico tempestivamente, valutarne nel più breve tempo possibile e con il minor margine di errore le condizioni ed i bisogni assistenziali e fornirgli senza errori le competenze e la continuità assistenziale necessarie;

b) i percorsi assistenziali per la "*long term care*" in cui il paziente, spesso anziano, portatore di patologie cronico degenerative è assistito nel territorio in base a profili di cura definiti che fanno capo al medico di base (mmg e pls), mentre la consulenza da parte dei servizi specialistici territoriali ed ospedalieri si avvale di forme integrate di assistenza, di cui il *day service* rappresenta la tendenza auspicata, in quanto in grado di ricomporre (anche temporalmente) le prestazioni appropriate e consegnare al mdb una lettura integrata degli approfondimenti diagnostici e terapeutici effettuati.

### D.1) Linee guida

Le linee guida (LG) intese come "raccomandazioni di comportamento clinico prodotte attraverso un processo sistematico allo scopo di assistere medici e pazienti nel decidere quali siano

le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche” costituiscono la sintesi delle conoscenze scientifiche su un determinato argomento, opportunamente strutturate e sistematizzate attraverso regole esplicite condivise dalla comunità scientifica in toto.

Le LG sono interpretate sia come semplici raccomandazioni di comportamento che il singolo medico è libero di decidere se adottare o no, sia come indicazioni amministrative che indirizzano rigidamente le scelte diagnostico-terapeutiche su specifiche patologie<sup>1</sup>.

Un altro punto problematico delle linee guida è rappresentato dalla ricaduta su rapporto medico-paziente. L'applicazione rigida delle linee guida, infatti, può essere percepita dal paziente come un “taglio” delle possibilità di cura dovuto magari a limiti finanziari. In realtà possono diventare una componente della scelta informata da parte del paziente del percorso di cura migliorando, attraverso le raccomandazioni delle linee guida, il livello di consapevolezza della persona malata rispetto al tipo e alla efficacia degli interventi proposti. Inoltre i singoli pazienti non si confrontano più solo con le opinioni di chi li assiste, ma abbiano un punto di riferimento per esprimere, nel rapporto con il medico, i propri punti di vista, aspettative e preferenze.

In questo modo le linee guida costituiscono uno strumento che consente il rispetto di quei diritti che dovrebbero essere garantiti nel rapporto tra cittadini e servizi.

Per rendere concreta l'applicazione occorre prevedere:

- la definizione delle linee guida per le principali patologie partendo da quelle già disponibili;
- fornire una strategia di implementazione locale influenzando la costruzione di un percorso ideale per il processo di cura e assistenza della persona malata;
- la strategia di implementazione deve essere condivisa su base multidisciplinare e multiprofessionale con l'eventuale partecipazione di associazioni pazienti;
- laddove possibile l'implementazione dovrebbe essere interaziendale per limitare la disomogeneità dei percorsi di cura
- realizzare degli indicatori di valutazione della qualità di intervento
- costituire una commissione regionale di monitoraggio della qualità delle linee guida sviluppate e/o applicate nelle varie aziende.

## D.2) Percorsi assistenziali integrati

La necessità di sviluppare percorsi assistenziali integrati<sup>2</sup> nelle aziende sanitarie risponde all'esigenza sempre più emergente di garantire, soprattutto nella *long terme care*:

<sup>1</sup> Questi due estremi applicativi presentano specifici limiti. Nel primo caso perché l'assenza di una strategia di implementazione le rende spesso un esercizio culturale con scarsa incidenza sulla realtà assistenziale. Nel secondo caso, l'imposizione amministrativa di LG stimola solo la conflittualità e genera un meccanismo di opposizione all'applicazione.

Le LG possono essere uno strumento per la valutazione della qualità tecnico-professionale delle prestazioni erogate, sulla base di principi ad un tempo scientificamente validi e condivisi dagli operatori. Non sono quindi direttive che ogni operatore è vincolato ad applicare al singolo paziente, ma uno strumento per l'applicazione delle alternative possibili da offrire alle preferenze dei pazienti e degli operatori, facilitando l'ottimizzazione dei percorsi in base agli obiettivi e alle priorità locali.

Le LG possono aiutare a gli indicatori di processo e di risultato finale con cui valutare le prestazioni di gruppi di operatori e di servizi rispetto alla qualità tecnica dell'assistenza fornita. In questo modo non si limita l'autonomia professionale del singolo operatore ma ne ribadisce le responsabilità nei confronti del sistema in cui opera e degli utenti.

<sup>2</sup> In anni recenti la produzione in questo campo è stata vivace e talvolta convulsa, tanto da richiedere una definizione terminologica, ai fini del presente PSR. Il Percorso assistenziale del Paziente (PdP), è l'iter assistenziale che, in uno specifico contesto, una persona segue per risolvere un problema di salute, descritto sotto forma di sequenza spazio-temporale delle attività che compongono il processo di cura. Esso è denominato anche, in altri contesti, ma con accezioni simili (es: Manuale metodologico Programma Nazionale Linee Guida - ASSR) profilo o percorso di cura o, a volte, PDT (Percorso Diagnostico Terapeutico); termine quest'ultimo da adottare con cautela in quanto usato anche dalla legislazione italiana (es: Legge finanziaria 1996 art 1), con intenti prevalentemente prescrittivi e sanzionatori (Casati, 1999). Quello cui si fa qui riferimento è quindi il PdP o profilo/percorso di cura inteso come metodologia per la ricostruzione e analisi del percorso assistenziale del paziente affetto da una determinata patologia in un contesto organizzativo specifico, da utilizzare per la riprogettazione del percorso stesso, con la finalità di renderlo più efficiente, dal punto di vista del paziente e/o dell'organizzazione, oltre che più appropriato ed efficace dal punto di vista clinico. In questa accezione esso

- l'unitarietà della presa in carico dell'assistito;
- l'unitarietà del progetto assistenziale;
- l'unitarietà del percorso di fruizione da parte del paziente stesso.

I percorsi del paziente (PdP) si sviluppano come strumenti che cercano di rispondere alla crescente esigenza di erogare l'assistenza attraverso organizzazioni complesse, dove la capacità di programmare, gestire e fornire i percorsi di cura e assistenza più adeguati si fonda sull'integrazione, ovvero su un modello partecipativo e comunicativo interprofessionale, diretto ad orientare unità operative con profili funzionali e gestionali differenziati verso un medesimo obiettivo: la risposta integrata alla domanda di salute formulata. Quindi non si limitano a considerare l'aspetto clinico, ma cercano di valutare contemporaneamente la capacità organizzativa e la disponibilità di risorse dell'organizzazione per rispondere a determinati problemi di salute. Essi si fondano sulle linee guida, ma non si sovrappongono esattamente a queste, in quanto considerano le loro diverse modalità di applicazione nel contesto specifico e date le risorse di personale, i fattori produttivi ecc a disposizione "qui ed ora"<sup>1</sup>.

Le finalità dal processo di costruzione di percorsi assistenziali integrati sono quindi ascrivibili a:

- la definizione delle responsabilità organizzative, cioè del soggetto (MMG, Unità Operativa ecc ) che prende in carico l'assistito in tutto o parte del percorso
- i livelli e le modalità di integrazione tra i diversi attori (MMG, reparti ospedalieri, specialisti ambulatoriali, servizi socio-assistenziali ecc);
- l'individuazione di modalità di trattamento/assistenza condivise tra i diversi attori che interagiscono nel processo assistenziale;
- la definizione del percorso (tempi, luoghi, modalità) di fruizione delle prestazioni, in modo che l'assistito non debba più ricomporsi il proprio, ma sia inserito in un "canale "predefinito da cui uscirà alla risoluzione del suo problema

I risultati attesi sono:

- il contenimento e la razionalizzazione dei costi, dato che la frammentazione degli interventi al di fuori di un quadro d'insieme produce spesso effetti distorsivi anche sulla spesa, effetti che il PdP cerca di gestire, aggredendo i problemi della *variabilità* e della *diffusione*;
- *l'aumento della qualità percepita dall'assistito*, aumentando l'appropriatezza e l'accessibilità delle prestazioni e ricercando una migliore comunicazione nel rapporto

---

rappresenta "uno strumento che travalica le tradizionali organizzazione (dipartimenti, UO, servizi, settori..) per leggere l'azienda trasversalmente seguendo i processi e le modalità con le quali essi si sviluppano, prospettandosi quindi come elemento di coesione fra i vari attori dell'offerta di prestazioni sanitarie". (Casati 1999). E si configura perciò come un vero e proprio piano che, in un dato contesto organizzativo, disegna gli step fondamentali dell'assistenza ai pazienti affetti da una specifica condizione clinica, confrontandosi sia con le circostanze locali (tempi, luoghi, strumenti, risorse) sia con le raccomandazioni cliniche "evidence-based" riportate in Linee Guida o in letteratura. Le linee-guida invece, intese come "raccomandazioni di comportamento clinico prodotte attraverso un processo sistematico di allo scopo di assistere medici e pazienti nel decidere quali siano le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche" costituiscono la sintesi delle conoscenze scientifiche sull'argomento, opportunamente strutturate e sistematizzate attraverso regole esplicite, condivise dalla comunità scientifica in toto. Esse non contengono riferimenti all'organizzazione in cui dovrà essere erogato il percorso d'offerta, alla dotazione tecnologica e di personale necessaria ecc.; da cui la necessità di individuare meccanismi di adattamento delle raccomandazioni cliniche in esse contenute a realtà organizzative differenziate e complesse.

<sup>1</sup> La metodologia di lavoro comporta una fase di disegno e una di analisi/riprogettazione del percorso stesso. Nella *prima fase* di disegno del percorso si tratta di definire il problema di salute, identificare i criteri di inclusione/ingresso e quelli di uscita o conclusione del processo di cura, descrivere e rappresentare graficamente nella loro sequenza logica gli episodi/fasi del percorso, cioè l'insieme di azioni/attività/prestazioni, fra loro logicamente legate o ordinate rispetto al fattore tempo e alle risorse impiegate, che vengono realizzate per assistere il paziente con quella data patologia; successivamente viene attivato un primo momento di rilevazione del *percorso effettivo* medio ("ciò che si fa") che attualmente gli assistiti seguono per risolvere il proprio problema di salute in una dato territorio/contesto organizzativo, utilizzando appositi strumenti di raccolta dei dati dei percorsi reali dei singoli pazienti. La *fase di analisi* procede poi con il confronto fra professionisti per l'individuazione di variabilità e disomogeneità, elementi di inappropriata, significative irrazionalità dei costi, distorsioni organizzative, disagi per i malati ecc. E da questo si procede ad una riprogettazione di un *percorso di riferimento*<sup>1</sup>, (il miglior percorso possibile "qui e ora") che viene sottoposto a sperimentazione, monitorandone i risultati ottenuti. Per riattivare poi un secondo ciclo, che prevede la revisione e un ulteriore miglioramento, approssimandosi così per avvicinamenti successivi, ad un *percorso obiettivo*<sup>1</sup>, che è "ciò che si potrebbe o vorrebbe fare" per massimizzare l'appropriatezza (il riferimento sono linee guida diagnostico-terapeutiche) e i livelli di integrazione/razionalizzazione organizzativa del processo di cura. In questo senso pertanto il percorso del paziente può rappresentare un meccanismo di verifica e sviluppo della qualità, alimentato da logiche circolari di miglioramento continuo nel tempo dei processi di cura.

medico-paziente, che incentivi la compliance dell'assistito nel portare a termine il proprio percorso di cura seguendo la traccia definita dall'organizzazione;

- *il consolidamento dell'organizzazione* stessa, dato che i percorsi rappresentano uno strumento di codificazione e trasferimento delle conoscenze, in particolare relative alle risorse umane e tecnologiche, gli ambiti di responsabilità, i contenuti specialistici, le relazioni, i meccanismi d'accesso e di funzionamento dei vari soggetti del sistema
- *il governo della domanda*, anche attraverso un processo di fidelizzazione del cittadino, che trova risposta ai suoi problemi all'interno della rete organizzativa, minimizzando così il rischio di 'fughe', costose per le aziende sanitarie in termini di risorse sia sotto utilizzate sia spese per l'acquisto di prestazioni esterne.

Il setting organizzativo in cui, sul piano applicativo, si colloca il processo di ridefinizione dei percorsi del paziente, è rappresentato da gruppi di lavoro - composti da professionalità miste ed espressione delle diverse aree organizzative che intervengono nella gestione della patologia - che sono attivati in una logica di integrazione intraaziendale e/o se necessario anche interaziendale.

Il governo di tale processo potrà essere assunto di volta in volta, anche in base alla prevalenza di intervento (acuzie o cronicità, assistenza territoriale o in regime di ricovero), da soggetti organizzativi al livello direzionale, quali i Distretti per le patologie a prevalente gestione territoriale, che si avvarranno per questa attività soprattutto dei professionisti dei Centri di salute e delle equipe territoriali dei medici di medicina generale; ed i Dipartimenti per le attività trasversali alle singole Unità Operative e/o travalicanti fra ospedale e territorio.

Sul piano dei vantaggi/svantaggi dell'adozione dello strumento dei PdP, è da ricordare che lo svolgimento di questo lavoro richiede importanti sforzi organizzativi per le aziende sanitarie e comporta quindi una stretta *selezione delle patologie* su cui attivare questi processi, la cui scelta sarà guidata dai livelli di criticità per l'azienda e per il professionisti, rispetto a;

- impatto sui livelli di spesa (spesa farmaceutica, "produzione" di ricoveri/DRG interni o esterni, mobilità, consumo di specialistica interna o esterna ecc);
- dimensione epidemiologica del problema (incidenza/prevalenza);
- livelli di presunta inappropriata cura;
- livelli di presunta insoddisfazione del fruitore o dell'erogatore.

Ma va sottolineato che *l'impatto* è estremamente interessante su diverse dimensioni critiche per la sanità attuale: *qualità, integrazione, governo della domanda, spesa*. Il ruolo fondamentale di questo approccio è di attivare momenti di confronto e dialogo fra professionisti appartenenti a organizzazioni e culture diverse, che fino ad oggi hanno operato separatamente per prestazioni o pacchetti di prestazioni, dando luogo a percorsi di cura frammentarie a volte contraddittorie. Con questo metodo invece essi sono chiamati ad affrontare un cambiamento, oltre che metodologico e procedurale, anche culturale, collegandosi fra loro e sforzandosi di definire insieme modalità, luoghi/tempi di assistenza migliori per uno specifico problema di salute in un dato contesto; non solo per ottimizzare la propria prestazione, ma anche per *garantire quella continuità dell'assistenza che consente di dare una risposta più efficiente e più efficace al bisogno dell'assistito*.

## E) Fattori favorevoli o di ostacolo alla promozione del governo clinico

La promozione del "governo clinico" avrà successo se il SSR riuscirà a sviluppare i fattori che favoriscono la messa in pratica della "clinical governance", tra i quali hanno rilevanza:

- l'accreditamento istituzionale in quanto privilegia gli aspetti organizzativi, professionali e di risultato, rispetto alla semplice verifica delle risorse strutturali;

- la formazione continua, come condizione per l'accreditamento professionale, è guidata dalla professione e consegna alle regioni un importante strumento per orientare l'acquisizione dei crediti verso le competenze necessarie per il governo clinico;
- una corretta applicazione locale delle linee guida per l'atto aziendale (allegato 2 al PSR);
- sistemi di allocazione delle risorse e di finanziamento in cui paghi l'appropriatezza;
- la valorizzazione delle risorse umane, nelle sue accezioni di diversificazione ed arricchimento dei ruoli professionali;
- l'innovazione come condizione operativa del sistema;
- raccolta dei dati sanitari, gestionali ed epidemiologici per la valutazione delle performance;
- processi comunicativi e per la conoscenza del gradimento dei servizi da parte dei cittadini

Fra i fattori ostacolanti troviamo:

- le divergenze nelle aziende tra le "culture" manageriali e quelle professionali che potrebbero, ove si producano irrigidimenti, rendere sterili le indicazioni di Piano.
- il prevalere dell'etica del mercato su quella del servizio, che orienta molti professionisti verso l'uso privato del pubblico, con percorsi assistenziali che offrono al cittadino singole prestazioni difficilmente ricomponibili e percorsi assistenziali privati realmente integrati;
- l'assenza di una adeguata strategia a livello nazionale: la proposta di PSN, per ora, ignora il concetto di governo clinico e fa quindi venire meno le necessarie integrazioni di livello nazionale.

**Tabella 6-1:** Calendario triennale di attività per le materie della sezione 6.1.

ANNO	INTERVENTI	TITOLARITÀ
I	Approvare l'atto aziendale sulla base delle linee di indirizzo del PSR	Direttori generali
	Promuovere il governo clinico nei distretti, dipartimenti e staff	Direttori sanitari, Collegio di direzione
	Negoziare piani di attività di distretti, dipartimenti e staff nell'ambito del governo clinico	Direzione aziendale
II	Attivare interventi per raggiungere obiettivi di salute e sviluppare omogeneamente le diverse dimensioni della qualità professionale	Distretti Collegio direzione, Dipartimenti Staff
	Attivare processi formativi ed altri interventi gestionali di supporto	Direzione aziendale
III	Valutare le realizzazioni ed i problemi applicativi	Regione, ASL. AO

## 7.2 *Produrre promozione, prevenzione ed attività di iniziativa*

**Le attività di iniziativa** consistono in interventi che vedono i servizi interagire con il bisogno prima che esso si cronicizzi, finché si è in tempo cioè a promuovere, prevenire e curare efficacemente.

**Con il nuovo PSSR, le direzioni aziendali**, i responsabili di struttura, gli operatori sociosanitari sono chiamati a dedicare parti importanti del loro lavoro nelle attività di iniziativa e i servizi di staff dovranno mettere a punto supporti gestionali (dai sistemi di finanziamento dedicati, ai percorsi formativi, agli strumenti amministrativi di supporto) per permettere un adeguato sviluppo di questa tipologia di attività, con particolare riferimento ai sistemi formativi ed a quelli di finanziamento, che dovrebbero raggiungere lo stesso sviluppo e affinamento di quelli dedicati alle attività di risposta.

A questa area di attività è assegnata una quota di risorse non inferiore al 5% del fondo trasferito alle ASL, mentre le attività che vi fanno capo hanno diritto di essere valorizzate, all'interno dei sistemi premianti aziendali (incentivazioni, posizione, riconoscimenti di carriera, etc) quanto le attività di risposta.

In termini di strumentazione, soprattutto per le integrazioni necessarie a sviluppare attività di promozione e di prevenzione ambientale, saranno adottati i *“piani integrati di intervento”*, che caratterizzeranno sul versante preventivo e delle attività di iniziativa la programmazione attuativa locale.

### A) Sviluppare le attività del Dipartimento di Prevenzione

L'OMS ha evidenziato come nelle società più avanzate il maggiore guadagno di salute possa essere ottenuto potenziando le attività di prevenzione e favorendo il mantenimento del benessere psico-fisico. Le attività di prevenzione possono però essere considerate un sottoinsieme delle azioni tese alla promozione della salute, che sono necessariamente il frutto del coordinamento di più attori, non appartenenti tutti al sistema sanitario, che si pongono l'obiettivo di contribuire allo sviluppo di politiche in grado di aumentare i livelli di salute della comunità.

In questa ottica i Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione debbono accettare la sfida che la evoluzione della società e la percezione della salute che i cittadini vanno sviluppando pongono loro, passando da una logica anche autoreferenziale, basata sull'erogazione di attività e prestazioni tradizionali, in parte condizionata da vincoli burocratico-legislativi, ad un approccio che ponga al centro i soggetti che della prevenzione debbono beneficiare.

Affinché i Servizi di Prevenzione, nell'arco del prossimo triennio, possano diventare punti nodali della rete per la promozione della salute è necessario che da un lato continuino a mantenere un'attenzione costante alle funzioni di “vigilanza” e “controllo” attribuite loro dal mandato istituzionale, dall'altro organizzino e sviluppino in maniera integrata, ed in collaborazione con gli altri snodi della rete, (in particolare IZS, ARPA ed Università), azioni privilegiate su tre versanti fondamentali:

#### A.1) Sviluppare le competenze epidemiologiche nella prevenzione collettiva

L'identificazione dei rischi nonché dei fattori determinanti che incidono sullo stato di salute e la valutazione dei nuovi bisogni emergenti sono strumenti essenziali per:

- a) analizzare correttamente lo scenario in cui si interviene;
- b) monitorare l'evolversi dello stato di salute della popolazione;
- c) definire le priorità di intervento;
- d) misurare i risultati delle azioni messe in campo.

Sotto questo profilo diventa quindi strategico che i Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione, nel loro complesso, recuperino quelle competenze epidemiologiche, che appartengono al loro patrimonio genetico ma sono andate negli anni progressivamente sbiadendosi, anche a causa del fatto che gli operatori hanno via via assunto, come riferimento principale per il proprio lavoro, un insieme di norme e regolamenti, piuttosto che una lettura attenta e specifica del territorio in cui si trovano ad operare. In questo ambito l'apporto dell'epidemiologia diventa essenziale per descrivere e monitorare l'evolversi dello stato di salute delle popolazioni, umana ed animali, ma anche per orientare le scelte di allocazione delle risorse e misurare i risultati delle attività svolte.

Lo sviluppo di una cultura epidemiologica in seno ai Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione, come strumento utilizzato trasversalmente dagli stessi, non può, però, prescindere dalla realizzazione di una vera e propria rete integrata di conoscenze tra attori collocati sia dentro che fuori dal sistema sanitario.

Nello specifico rappresentano quindi obiettivi strategici del presente Piano Sanitario, per rafforzare l'efficienza e l'efficacia dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale:

- **la realizzazione di un sistema informativo regionale integrato per la prevenzione**, che, attraverso la realizzazione di una infrastruttura di rete, colleghi funzionalmente i Dipartimenti di Prevenzione, l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale, l'ARPA e l'Assessorato regionale alla Sanità. I sistemi informativi attivati nei Paesi dell'Unione Europea sono molteplici e si avvalgono, tra l'altro, di reti per il monitoraggio e la sorveglianza della sanità pubblica, di piani di sorveglianza delle zoonosi e dei residui, di sistemi di allarme rapido, di sistemi di informazione nel settore agricolo, di reti di sorveglianza della radioattività e dei contaminanti ambientali. Tuttavia i sistemi esistenti a livello europeo, quindi anche in Italia, quand'anche esistenti sono stati sviluppati in modo non coordinato. Di conseguenza molte delle informazioni disponibili non sono valorizzate appieno, in un contesto di sistema informativo integrato. In questa ottica è importante in prospettiva raggiungere integrazioni anche con l'Università degli Studi della nostra Regione Umbria. L'integrazione tra sistemi di raccolta e di analisi dei dati, nonché la loro omogeneizzazione, deve consentire di trarre i massimi benefici dagli attuali sistemi di raccolta, anche ai fini della pianificazione politica di lungo periodo e della definizioni delle priorità.
- il potenziamento del flusso informativo tra INAIL e Servizio Sanitario Regionale, e progressivamente con gli altri Enti interessati, relativamente alla gestione dei dati sugli infortuni e sulle malattie professionali. La messa a regime di tale flusso, avviato nel corso del 2001, consentirà, attraverso la puntuale analisi dell'andamento del fenomeno infortunistico in Umbria, in tempi ravvicinati rispetto agli eventi, di rimodulare le attività di vigilanza dei Servizi, ma anche di contribuire al funzionamento concreto del Comitato di Coordinamento sulla Sicurezza e sulla Salute nei luoghi di lavoro;
- **l'implementazione di un sistema informativo tra ARPA e Servizio Sanitario Regionale**, che, attraverso la messa a disposizione dei dati relativi alle sostanze chimiche e agli agenti fisici presenti nell'ambiente, consenta la stima del rischio associato alla loro pericolosità ed ai livelli di esposizione stimati o effettivamente misurati nella popolazione, permettendo così una valutazione sanitaria sistematica dei rischi;
- il completamento e l'attivazione definitiva di un sistema regionale di sorveglianza epidemiologica, applicato anche al controllo delle patologie animali ed alla sicurezza degli



alimenti, attraverso l'implementazione di reti di sorveglianza epidemiologica, funzionalmente integrate anche con l'Osservatorio Epidemiologico Veterinario esistente presso l'IZS dell'Umbria e delle Marche. L'attuale parziale allestimento di questo basilare strumento di controllo e di gestione pone il Sistema Sanitario Regionale nelle condizioni di dover operare spesso ex post rispetto alla insorgenza dei problemi. Si viene quindi a determinare una condizione che crea non poche ansie agli organi di governo, agli operatori del SSN e agli stessi consumatori e interlocutori economici, sui quali eventi sanitari impreveduti hanno impatto immediato. Per quanto efficaci, infatti, gli interventi in regime di emergenza, per la caratteristica specifica ad esso connaturati, non permettono sempre di ridurre l'incidenza degli eventi, come pure le conseguenze economiche in termini di abbattimento di animali, immobilizzazione delle produzioni, inibizione della libera circolazione degli animali e dei prodotti in ambito comunitario ed extracomunitario.

- *Allestimento di un programma di formazione continua.* La formazione continua dei medici, dei veterinari e del restante personale sanitario e tecnico operante nei Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione, finalizzato da un lato al potenziamento delle rispettive competenze tecnico-professionali, alle tematiche riguardanti la qualità e l'accreditamento, all'epidemiologia, all'analisi ed alla gestione del rischio e dall'altro alla capacità di allestire specifiche ricerche applicate, in particolare su nuovi modelli gestionali e sui fattori determinanti per la salute agenti nel territorio umbro. *E' indubbio che, per la realizzazione di un percorso formativo di così rilevante portata e complessità, possa prevedersi la costituzione di un network formativo che veda coinvolte le migliori risorse umane della Regione, comprese ovviamente quelle dell'IZS, e dei diversi Servizi dei Dipartimenti della Prevenzione, supportate anche dalle competenze dell'Università degli Studi.*

## A.2) Promozione di azioni integrate

Le nuove istanze di benessere rappresentate da una società in continua evoluzione, assieme ai mutamenti del contesto politico-istituzionale, rendono necessaria la messa in atto di una nuova strategia, articolata in azioni che, a partire da un riorientamento dei Servizi di Prevenzione, si sviluppino attraverso una rete di sinergie tra i diversi attori del Sistema Sanitario e i nuovi soggetti agenti nella promozione della salute.

In questa ottica diventa prioritario per i Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione:

- a) promuovere, tramite la Regione:
  - *l'integrazione*, attraverso l'intensificazione dello sforzo per la messa in rete degli stessi a livello regionale e il mantenimento e lo sviluppo di rapporti sinergici con le altre strutture regionali che perseguono l'obiettivo del miglioramento della sicurezza sanitaria, della qualità della vita e dell'ambiente, nelle sue diverse componenti.
  - Il mantenimento ed il sempre maggiore sviluppo del *Coordinamento dei Responsabili dei Dipartimenti di Prevenzione*, convocato e presieduto dal Dirigente del Servizio V – Prevenzione e Sanità Pubblica della Direzione Sanità e Servizi Sociali, (che dovrà essere anche istituzionalizzato), e la *Conferenza Permanente dei Servizi Veterinari*, già prevista nel precedente Piano Sanitario Regionale, diventano elementi essenziali per il sistema della Prevenzione regionale e rappresentano la sede propria di questo processo, che troverà la sua attuazione attraverso interventi formativi, elaborazione di programmi inter-aziendali e regionali, adozione di protocolli operativi comuni, specifici piani regionali;
  - *l'intersettorialità*, come coordinamento e integrazione di risorse messe a disposizione da soggetti istituzionali e non;

- *l'interdisciplinarietà*, tra le diverse strutture operative dei Servizi di Prevenzione e tra queste e le altre macrostrutture delle Aziende Sanitarie, per costruire risposte adeguate ad obiettivi di salute complessi.
  - b) privilegiare il lavoro per obiettivi, piuttosto che per compiti. Questa modalità di operare dovrà trovare concreta realizzazione nei *Piani integrati per la salute*: una volta individuato l'obiettivo di salute da raggiungere, tenuto conto delle priorità emerse dalla lettura del contesto territoriale, in termini di stato di salute della popolazione, umana ed animale, e di qualità dell'ambiente, ed espresse attraverso il consenso e la condivisione di soggetti con pari dignità, deve essere messo a punto un *progetto di lavoro comune* nel quale vadano definiti responsabilità e compiti, sia tecnici che gestionali, stabiliti i tempi di realizzazione, individuate le modalità di verifica dell'efficacia degli interventi stessi.
  - c) In tale contesto i Servizi dei DP si avvarranno anche delle esperienze condotte nell'ambito dell'”Agenda 21” e del “Progetto città sane”.

Per sostenere il radicale cambiamento del sistema di prevenzione verso la promozione della salute è necessario mettere a disposizione degli operatori della prevenzione sempre più strumenti di lavoro quali la epidemiologia, della quale si è già accennato, la prevenzione basata sulle prove di efficacia (EPB), attraverso la quale sottoporre a verifica le principali procedure svolte nei singoli Servizi, a partire da quelle riconosciute come inutili, ma anche l'attivazione di percorsi di miglioramento continuo della qualità e lo sviluppo delle potenzialità connesse con la comunicazione<sup>1</sup>.

### **A.3) Misurazione dell'efficacia e dell'impatto sulla salute delle attività di prevenzione**

A livello regionale si deve sempre più raccogliere la sfida contenuta nella riflessione, avviata anche a livello nazionale, sull'efficacia degli interventi effettuati dai servizi pubblici di prevenzione sia quando esercitano le funzioni di controllo, sia quando applicano quella di regolatori del sistema privato di prevenzione. L'affrontare il tema della efficacia, intesa come la capacità di un intervento di migliorare la condizione di partenza, di quelli erogati dai Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione non può prescindere dal tenere in conto alcune criticità specifiche dell'operare degli stessi: la mancanza di una domanda individuale, la necessità di mettere in campo più attività per dare risposta tempestiva ed autorevole ai complessi bisogni di salute espressi dalla collettività, attività che a loro volta richiedono l'integrazione di più soggetti, i tempi molto spesso lunghi per una corretta valutazione degli effetti, l'obbligo di rispondere a un mandato normativo vincolante, nel peggiore dei casi avulsi dai reali problemi di salute<sup>2</sup>.

Occorre quindi far ripartire velocemente la riflessione rispetto alle cosiddette “attività inutili”, a partire da quella già a suo tempo inviata dal Servizio Regionale di Prevenzione e Sanità Pubblica, per estendere il ragionamento a tutte le componenti istituzionali della Prevenzione, superando le resistenze legate all'insicurezza che una simile tematica fa nascere negli operatori e ad una comprensibile resistenza al cambiamento. Dovrà quindi essere attivato un gruppo tecnico regionale, avente il compito di procedere alla identificazione delle attività per le quali è documentata la scarsa

<sup>1</sup> Il riconoscimento da parte dell'OMS della importanza della “comunicazione del rischio”, come elemento essenziale nel processo di gestione del rischio (risk management), ovvero di quel processo interattivo centrato sullo scambio di informazioni e opinioni tra individui, gruppi di popolazione e istituzioni, finalizzato alla partecipazione informata, alla condivisione delle priorità, alla assunzione di decisioni consapevoli, basate su informazioni adeguate, affidabili e accessibili, chiama in causa i Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione, spingendoli a promuovere azioni di informazione e comunicazione volte alla collettività su temi di salute attuali, ma anche su specifiche linee progettuali, attivate nel territorio e sostenute da una programmazione interdisciplinare e integrata degli interventi.

<sup>2</sup> Tutto ciò non deve impedire di proseguire il percorso avviato in questa Regione, per esempio, con la delibera N° 758/2000, in base alla quale viene prorogata d'ufficio la validità dei libretti sanitari per gli alimentaristi, eliminando l'estemporaneo controllo sanitario e sostituendolo con la formazione ed informazione continua.

utilità e di quelle per le quali invece è documentata l'efficacia, sulla base della revisione della letteratura internazionale e della propria competenza tecnica, al fine di incentivare l'abbandono graduale delle attività definite poco utili e per trasferire risorse umane e materiali verso attività riconosciute più efficaci.

Accanto a ciò è prioritario a sviluppare continuare a livello regionale le linee di indirizzo e le revisioni sistematiche delle procedure più frequentemente adottate nei Servizi, sia per renderle omogenee, attraverso i gruppi di lavoro, sull'intero territorio regionale, sia anche allo scopo di promuovere sempre di più la semplificazione delle stesse nonché per avviare il processo essenziale dell'accreditamento delle procedure e delle attività.

D'altra parte proprio il coinvolgimento di settori e comparti diversi dentro e fuori il Sistema Sanitario, nel processo più vasto della promozione della salute, la realizzazione dell'intersectorialità e dell'integrazione prima ricordate richiedono l'introduzione di nuovi e migliori meccanismi di valutazione, che consentano di misurare gli effetti di tutte le azioni intraprese.

Accanto quindi alla messa a regime del Sistema Regionale Informativo della Prevenzione, nell'ambito del Sistema Informativo Regionale, che dovrà, nel corso del prossimo triennio, produrre sempre maggiori ed omogenee informazioni rispetto non solo alle attività dei Servizi di Prevenzione, ma anche alla loro capacità di "sorveglianza" del territorio e alla efficienza con la quale sono allocate le risorse, in una logica di "sviluppo sostenibile" per la Prevenzione, debbono essere messi in campo nuovi modelli di analisi, secondo la logica della nuova metodologia di misura, proposta dall'OMS, e chiamata appunto "valutazione di impatto sulla salute" (Health Impact Assessment), attraverso la definizione di criteri, la costruzione di indicatori e la individuazione di standard uniformi su scala regionale.

E' quindi fondamentale, nell'arco di vigenza del Piano, avviare la costituzione dell'"Osservatorio regionale per la promozione della salute", quale luogo privilegiato di raccolta ed analisi delle informazioni utili, anche per capire se sono stati centrati gli obiettivi individuati e valutarne la ricaduta sulla collettività.

*Per favorire lo sviluppo delle azioni sopra citate ed il raggiungimento degli obiettivi i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL umbre privilegeranno gli ambiti di attività lungo quattro direttrici principali:*

1. *Prevenzione negli ambienti di lavoro;*
2. *Sanità pubblica e nutrizione;*
3. *Sanità pubblica veterinaria;*
4. *Sicurezza alimentare.*

## B) Sviluppare le attività dell'Istituto Zooprofilattico

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche è un'Azienda sanitaria pubblica che opera nell'ambito del servizio sanitario nazionale garantendo al sistema veterinario delle due Regioni le prestazioni e la collaborazione tecnico-scientifica necessarie per l'espletamento delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica veterinaria, attraverso una rete di laboratori presenti nella sede centrale di Perugia, che ne è anche la sede amministrativa, e nelle Sezioni Diagnostiche Provinciali di Ancona, Fermo, Macerata, Pesaro e Terni.

Al di là delle specifiche competenze istituzionali nell'ambito delle patologie animali, in particolare quelle aventi carattere zoonosico, dell'igiene degli alimenti di origine animale destinati all'uomo e dell'alimentazione animale, l'IZS rappresenta una importante struttura di supporto tecnico-scientifico per quanti si occupano dello sviluppo del sistema produttivo agro alimentare

regionale, ponendosi altresì in condizione di essere un importante punto di riferimento in settori d'interesse emergente quali la tutela faunistica, il corretto rapporto animale - ambiente ed il benessere animale.

Non c'è dubbio che la presente revisione del Piano Sanitario Regionale costituisce un'occasione importante per rendere più concreto e funzionale il processo di integrazione tra l'IZS, la Regione dell'Umbria ed i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende sanitarie locali, al fine di garantire una migliore e più efficace salvaguardia della salute e del benessere delle popolazioni animali, nonché della salute umana.

Il realizzarsi di un sempre migliore Coordinamento Regionale interconnessione tra il sistema integrato dei servizi veterinari e l'IZS nonché con la Facoltà di Medicina Veterinaria diventa elemento essenziale per l'intero Sistema veterinario regionale. Per tali finalità, anche alla luce dell'art. 7-sexies del D. Lgs. 229/99, elemento strategico risulta la riconferma della *Conferenza Permanente dei Servizi Veterinari*, essendo costituita dal dirigente del Servizio Prevenzione e sanità pubblica della Regione, che la preside e la convoca, dai responsabili dei servizi veterinari delle Aziende sanitarie locali, dal direttore dell'IZS o suo delegato, integrata dal Preside della Facoltà di Medicina Veterinaria dell'Università degli Studi di Perugia.

Pur nel rispetto dei rispettivi profili istituzionali ed operativi, quindi, all'IZS è affidato il compito di raccordarsi, attraverso la Regione, con i Servizi veterinari dei Dipartimenti di Prevenzione per un più efficace intervento nei settori della tutela collettiva e della vigilanza e controllo delle malattie infettive e contagiose degli animali, in particolare quelle a carattere zoonosico, nonché dell'intera filiera produttiva degli alimenti di origine animale.

In via prioritaria, pertanto, all'Istituto è affidato il compito di organizzare il proprio modello organizzativo e le attività dei suoi laboratori al fine di:

- a) rendere più efficaci le *funzioni diagnostiche* direttamente gestite ovvero richieste dalla Regione, con il potenziamento delle attività laboratoristiche che mediante lo studio e la messa a punto di *protocolli di sorveglianza epidemiologica e di analisi del rischio* riguardanti, tra l'altro:
  - i Piani di eradicazione della Tuberculosis bovina e delle Brucellosi animali (bovina ed ovi-caprina), della Leucosi Bovina Enzootica e della Malattia Vescicolare Suina, anche ai fini della libera circolazione nel mercato unico europeo ed in quello extracomunitario delle popolazioni animali regionali;
  - i Piani nazionali e regionali riguardanti il controllo di Residui di farmaci o contaminanti ambientali e l'Alimentazione animale, posti in essere anche per evitare il consumo di alimenti *contaminati* dalla presenza di residui di molecole chimiche potenzialmente responsabili di fenomeni degenerativi nell'uomo e, più in generale, rientranti nell'azione di sostegno alle attività di farmacovigilanza;
  - il Piano regionale di controllo delle produzioni ittiche, riguardante studio e diagnostica delle malattie infettive delle specie ittiche allevate e/o commercializzate nel territorio regionale e caratteristiche igienico-sanitarie delle produzioni alimentari derivate;
  - il Piano nazionale di sorveglianza attiva delle Encefalopatie Spongiformi Trasmissibili (TSE), che rappresentano una potenziale fonte di contagio mortale per l'uomo attraverso il consumo di organi provenienti da animali infetti;
  - il Piano nazionale di sorveglianza della Blue Tongue ovi-caprina, che, già presente in regioni limitrofe, provoca danni economici molto rilevanti ed il blocco delle movimentazioni di queste specie animali;

- b) potenziare la funzionalità del *Centro Regionale di riferimento* per i batteri enteropatogeni, ai fini della sollecita tipizzazione degli stipti provenienti da isolamenti umani o animali, la loro catalogazione e la redazione di report trimestrali riportanti la prevalenza, la distribuzione geografica e la sensibilità agli antibiotici di tali microrganismi, elementi questi molto utili per programmare una efficace azione di prevenzione e di controllo svolta dalla Regione Umbria;
- c) adeguare la funzionalità del proprio Osservatorio Epidemiologico Veterinario al sistema di epidemiosorveglianza veterinaria (patrimonio della Regione Umbria e di ciascun Dipartimento di Prevenzione), ed alle esigenze del Servizio Regionale di Prevenzione e Sanità Pubblica e del Sistema Informativo Regionale, delineando per lo stesso una architettura di rete che lo colleghi ai servizi veterinari delle Aziende sanitarie locali, al Servizio Regionale di Prevenzione e Sanità Pubblica nonché all'Osservatorio Epidemiologico Regionale;
- d) garantire la formazione continua del proprio personale, fornendo nel contempo, in collaborazione anche con la Facoltà di Medicina Veterinaria, il necessario supporto ai programmi formativi dei medici veterinari e del personale sanitario e tecnico che opera all'interno dei Dipartimenti di Prevenzione, tenendo conto che già opera in qualità di provider per l'Educazione Continua in Medicina (E.C.M.) e che, quindi, nel più vasto contesto del network formativo regionale e sulla scorta delle indicazioni fornite dalla Regione dell'Umbria, ed anche dalla Conferenza Permanente dei Servizi Veterinari, potrebbe provvedere ad organizzare e gestire gli eventi formativi ritenuti necessari, anche nell'ottica del conseguimento dei crediti formativi richiesti dalle recenti disposizioni ministeriali.
- e) implementare il registro tumori animali, con la messa a punto di protocolli diagnostici e di schede di rilevazione epidemiologica ed avviando studi e ricerche di patologia comparata con il Dipartimento di Igiene dell'Università degli Studi di Perugia, responsabile del Registro Tumori umani della regione Umbria.

## C) Produrre le attività di iniziativa che coinvolgono i servizi socio sanitari

### C.1) MMG, counselling e educazione alla salute

La Medicina di Base (pediatri di libera scelta, medici di medicina generale, medici e altri operatori dei Centri di Salute) ha fra i suoi obiettivi la prevenzione e promozione della salute attraverso attività di counselling e di educazione alla salute. Il Piano recepisce con grande attenzione le indicazioni fornite al riguardo dai gruppi di lavoro formati da medici di base, individuando in tali proposte, che fa proprie, una opportunità storica per dare una dimensione di massa e quindi effettiva efficacia a queste attività.

*In tal senso consegna ai servizi di educazione alla salute il compito di supportare sul piano metodologico le indicazioni operative sul counselling ed il temario relativo alle attività di educazione alla salute.*

#### C.1.1) Counselling

Le attività di prevenzione e promozione della salute trovano nel “*counselling*” una eccellente modalità di intervento. Si tratta di una attività “opportunistica” e di iniziativa, rivolta agli individui e alle famiglie, allo scopo di individuare e rimuovere fattori di rischio legati a scelte individuali rispetto allo stile di vita; tale attività si avvale di una particolare modalità relazionale basata sull'ascolto attento delle persone, sulla proposta di conoscenze basate sulle evidenze scientifiche, la

verifica della comprensione di tali messaggi, sulla formulazione di obiettivi di salute condivisi fra il medico e il paziente, sulla attivazione delle risorse utili al loro raggiungimento e mantenimento<sup>1</sup>.

Attraverso questa tecnica relazionale il Sistema Sanitario raggiunge utilmente gli individui, mettendo a loro disposizione conoscenze e competenze per migliorare lo stato di salute. Questa attività già costituisce parte integrante del lavoro degli operatori sopra elencati.

E' necessario sostenerla ed implementarla in due precise direzioni:

- a) Attività di formazione rivolta agli operatori per migliorare le competenze e la consapevolezza rispetto al counselling, sottolineando che questa competenza e consapevolezza deve oggi coinvolgere anche, per esempio, il livello di comunicazione telefonica.
- b) Sostenere e promuovere una organizzazione di lavoro che permetta di dedicare tempo adeguato a questa attività (personale di segreteria, visite per appuntamento, sgravio di lavoro burocratico .....

Un altro aspetto molto importante è costituito dalla opportunità che si apre, attraverso un lavoro individuale così attento, in termini di conoscenza della domanda di salute e del livello di diffusione di alcuni fattori di rischio nella popolazione, con la seguente possibilità-opportunità di acquisire dati di popolazione che potrebbero costituire punti di riferimento importanti per la individuazione di obiettivi da perseguire nell'interesse della salute pubblica.

A tale scopo sarà attivato un Gruppo di lavoro regionale, costituito da rappresentanti degli operatori coinvolti, che possa:

- o dapprima mettere a punto gli strumenti e i metodi per recepire informazioni significative, da un gruppo statisticamente significativo di operatori, che agiscano con standard omogenei e condivisi di intervento, e per questo opportunamente formati;
- o successivamente decodifichi le informazioni per identificare interventi utili a supportare la azione di counselling individuale attuata, offrendo i servizi ritenuti necessari per le diverse situazioni.

### *C.1.2) Educazione alla salute*

Nel campo della educazione alla salute, i medici di base hanno individuato il seguente temario come base per lo svolgimento di attività che li vedano coinvolti come attori fondamentali, fatti salvi i collegamenti con i servizi specialistici necessari per le peculiarità di alcune materie (es.: ,medicina dello sport):

#### *1. AREE DI INTERVENTO*

- 1.1. Fumo
- 1.2. Alimentazione
- 1.3. Attività fisica
- 1.4. Abuso di sostanze
  - 1.4.1. Farmaci
  - 1.4.2. Alcool
  - 1.4.3. Droghe
  - 1.4.4. Doping

<sup>1</sup> La attenzione alle esigenze di salute della popolazione richiede anche:

- organizzazione sociale con tempi di vita migliori, come evidenziato nella sezione 4 del PSR;
- servizi che offrano opportunità sportive, ricreative, socializzanti;
- informazione – educazione in modo da non delegare alla pubblicità commerciale il monopolio dell'orientamento delle scelte individuali e collettive;
- destinazione di opportune risorse alle attività assistenziali di educazione, prevenzione, diagnosi e cura rendendole fruibili omogeneamente su tutto il territorio regionale.

## 2. STRUMENTI E ATTORI

- 2.1. Campagne di comunicazione di massa: *Regione, ASL*
- 2.2. Interventi nella scuola e nei luoghi di aggregazione: *Centri di salute*
- 2.3. Interventi sull'individuo e sulla famiglia: *Medici di medicina generale, Pediatri di libera scelta, Farmacisti, Allenatori e preparatori Sportivi*

## 3. OBIETTIVI E INDICATORI

- 3.1. Fumo
  - 3.1.1. Riduzione del numero dei nuovi fumatori
  - 3.1.2. Aumento del numero di soggetti che sospendono il fumo e mantengono l'astensione nel tempo  
*Decremento della vendita di tabacco*
- 3.2. Alimentazione
  - 3.2.1. Aumento della popolazione con Body Mass Index nella norma
  - 3.2.2. Riduzione dell'introito di grassi saturi
  - 3.2.3. Aumento dell'introito di fibre alimentari  
*Peso della popolazione ricavato dai database della medicina generale e con rilevazione opportunistica presso i Centri di salute*
- 3.3. Attività fisica
  - 3.3.1. Adozione e mantenimento di una regolare attività fisica  
*Peso della popolazione ricavato dai database della medicina generale e con rilevazione opportunistica presso i Centri di salute*
- 3.4. Abuso di sostanze
  - 3.4.1. Riduzione dell'abuso continuativo di alcune categorie di farmaci: benzodiazepine, FANS, lassativi, integratori alimentari.  
*Riduzione della vendita dei farmaci delle categorie elencate*
  - 3.4.2. Riduzione del consumo di alcool pro capite e dell'abuso  
*Riduzione degli incidenti correlati all'uso di alcool*
  - 3.4.3. Prevenzione e controllo delle sostanze d'abuso e delle droghe illegali  
*Riduzioni degli accessi al Pronto Soccorso e delle segnalazioni all'autorità di pubblica Sicurezza*
  - 3.4.4. Prevenzione e controllo dell'uso del doping nella attività sportiva non agonistica
- 3.5. Sicurezza stradale
  - 3.5.1. Aumento della prevalenza d'uso di casco e cinture sul territorio, rilevata tramite le osservazioni mensili del sistema Ulisse.

### C.2) Attività consultoriali

**Un servizio consultoriale riqualificato** è un punto di forza nel territorio per la promozione della salute e la prevenzione nell'area delle problematiche collegate alla affettività, alla sessualità ed alla riproduzione ed alla genitorialità.

Il Piano sottolinea a la centralità del servizio consultoriale nelle attività di iniziativa e punta migliorare ulteriormente la qualità dell'offerta ambulatoriale, ricomponendo a livello di coordinamento e di integrazione progettuale interventi sul versante socio-sanitario e relazionale che rappresentano "aree critiche di intervento"rispetto alla titolarità tra ASL e Comune.

Gli obiettivi del triennio riguardano la qualificazione delle attività rivolte alla persona e a gruppi di popolazione, definendo per ogni programma di attività, i problemi e di bisogni cui sono rivolti gli interventi, gli obiettivi, le risorse umane, economiche e strumentali da impiegare, comprese quelle rappresentate dalle reti cui il servizio è connesso, nonché i risultati attesi.

Il monitoraggio e la valutazione dell'operatività consultoriale dovranno avvantaggiarsi della messa a regime del nuovo sistema informativo per il monitoraggio e la verifica dell'attività consultoriale che prevede procedure informatizzate e l'uso degli indicatori regionali.

### **Risorse umane e strumentali**

Si ripropone l'esigenza di implementare il personale dei consultori in modo funzionale all'attività prevista, con la presenza di una équipe multiprofessionale completa anche di figure con professionalità sociale e psicologica.

Si pone in modo particolare la necessità di una maggiorazione nel numero delle ostetriche, considerato che l'impegno richiesto dall'attivazione dei programmi di screening, soprattutto della cervice uterina, non consente spesso di utilizzare adeguatamente questa figura nell'ambito più ampio che riguarda tutto l'ambito della vita sessuale riproduttiva e post riproduttiva delle donne.

Si pone l'esigenza di verificare l'adeguatezza delle attrezzature dell'ambulatorio ostetrico ginecologico, soprattutto per quanto riguarda le attrezzature per la gravidanza fisiologica.

### **Modello organizzativo**

Il consultorio è un servizio con identità specifica strutturato come U.O. nell'organizzazione complessiva del distretto, per il quale è previsto un responsabile per ciascun distretto ed è assicurato un coordinamento funzionale a livello interdistrettuale per le attività consultoriali all'interno del dipartimento materno-infantile e per l'età evolutiva.

### **Ambiti prioritari di intervento**

Esigenze nuove che scaturiscono dalle modificazioni sociali e sanitarie della società pongono all'attenzione anche del servizio consultoriale problematiche emergenti e suggeriscono una rimodulazione di approccio anche in ambiti "classici" del servizio

#### *Interventi in tema di affettività, sessualità e fisiologia della riproduzione*

Fin dalla scuola primaria ragazze e ragazzi devono essere formate/i sui temi della sessualità, di concerto con le istituzioni scolastiche e tenendo conto della infinita ricchezza di questo argomento, della necessità di svilupparlo in stretta relazione con l'educazione alla affettività proprio in un mondo ed in un momento della vita adolescenziale in cui la identificazione in un genere è estremamente necessaria ed a volte drasticamente complessa da attuare. Quindi non solo interventi nelle scuole e tra i giovani sui temi della contraccezione ma su tutto ciò che riguarda quelle varie forme di disagio variamente espresse nei comportamenti spesso incerti e contraddittori che tengono i ragazzi fino in età tardo adolescenziale. Ciò avverrà certamente non solo con le purtroppo scarse forze degli operatori del Consultorio ma tramite quella Rete di intervento precoce trasversale tra tutti i servizi territoriali della prevenzione (Distretti, CIM, SERT, alcologia, mmg e pls) prevista e finanziata in alcune ASL che deve essere appoggiata e diffusa ulteriormente in modo che sempre più operatori possano e debbano essere attenti e coinvolti attivamente e collettivamente, alle domande di aiuto espresse spesso anche in modo in apparente e confuso da parte di giovani e meno giovani, iniziando sin dall'epoca gestazionale per procedere con il puerperio, la prima infanzia e fino all'adolescenza.

#### *Supporto alla genitorialità e percorso nascita*

Al fianco di aree di offerta classiche che vanno mantenute e implementate (corsi di preparazione al parto di cui deve essere incrementata l'offerta gratuita dei corsi - garantendo una diffusione sul territorio quantitativamente, oltre che qualitativamente soddisfacente) è necessario rivolgere l'attenzione alle nuove culture che penetrano il mondo della genitorialità sia per le generazioni future che rispetto a quelle passate, vista la notevole presenza di immigrate con un alto tasso di fecondità. Importante sarà pertanto il ruolo della mediazione culturale che va prevista come una costante e non solo come una episodica presenza all'interno dei Consultori della Regione, specie in alcune aree con una forte presenza di donne e uomini immigrati.

Parallelamente il Consultorio deve qualificare l'offerta garantendo l'adozione ed anche l'informazione delle donne sui protocolli regionali per la gravidanza fisiologica e un monitoraggio della gravidanza



adeguato, anche dotandosi delle attrezzature strumentali necessarie (rilevatore del battito cardiaco, ecografo, etc...), nonché infrastrutture e supporto alle scelte per la procreazione Medicalmente Assistita, all'interno delle scelte regionali relative alla loro derogabilità nel quadro dei LEA.

### *Puerperio*

Le visite domiciliari delle ostetriche, almeno nei primi 15 giorni dopo il parto costituiscono un importante momento di supporto alla donna alla coppia, che può influire positivamente nella prevenzione di momenti di disagio che si possono evidenziare nel momento di riorganizzazione del nucleo familiare. Una risorsa interessante potrà essere prossimamente costituita dalla nuova figura dell'assistente materna la cui presenza è prevista al domicilio della donna per tutto il percorso gravidanza, parto puerperio, della quale si sta delineando il profilo professionale (Progetto H:O:M:E:), anche utilizzando le opportunità offerte dal nuovo profilo dell'operatore Socio Sanitario (OSS).

*i.v.g.*

Una nuova prospettiva potrà essere aperta dalle nuove tecniche mediche relative alla pratica dell'IVG, già largamente utilizzate in molti paesi europei e che potrebbero essere diffuse anche nella nostra regione in modo da modificare positivamente l'impatto che l'approccio chirurgico ha sul vissuto delle donne, sul personale sanitario e sull'impegno di risorse del SSR. Il consultorio potrebbe avere un ruolo propositivo e, in concorso con altri servizi, anche di servizio di consulenza e di follow –up successivamente alla somministrazione dei farmaci.

### *Multiculturalismo*

L'attenzione e la cura che il servizio consultoriale deve porre nelle attività di accoglienza e gestione delle nuove culture riguarda un ambito molto ampio che va dal sostegno alla genitorialità (vedi sopra) alle scelte informate e consapevoli sui temi della riproduzione, alla interruzione volontaria della gravidanza (notevolmente utilizzata dalle donne immigrate); Importante sarà pertanto anche il ruolo della **mediazione culturale**, che va prevista come una organizzata e non solo episodica presenza all'interno dei consultori della regione.

### *Menopausa*

Il consultorio, con un corretto approccio alla richiesta di consulenza individuale e l'organizzazione di incontri di gruppo, può utilmente promuovere un approccio non medicalizzato ed un vissuto positivo con l'assunzione di corretti stili di vita da parte delle donne in questo periodo della loro vita.

### *Relazioni esterne e comunicazione*

E' necessario infine dare una **maggiore visibilità del consultorio**, utilizzando le opportunità offerte dai media e forme partecipative con la società civile, per aumentarne il grado di conoscenza e l'utilizzazione anche di quelle fasce di popolazione che più necessitano di interventi gratuiti ed attenti alla globalità dei bisogni sociali, fisici e psichici, come i giovani e gli immigrati.

## **C.3) Rete di intervento precoce sul disagio giovanile**

Il Piano si propone di passare alla messa a regime delle attività di iniziativa nell'area dell'agio e disagio giovanile, assumendo la salute dei giovani come "bene essenziale per lo sviluppo sociale, economico, personale, come aspetto fondamentale della qualità della vita".

Occorre dunque individuare e proporre, in risposta al disagio giovanile, i supporti funzionali per un adeguato sviluppo di reti di intervento precoce, nella direzione di un Piano integrato di salute per l'età evolutiva.

Sulla base delle indicazioni presenti in letteratura e delle esperienze sviluppate anche nella nostra Regione, avviare e potenziare processi di promozione della salute significa:

- sostenere processi che consentano ai giovani di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla;

- costruire una politica pubblica per la tutela della salute in età evolutiva, creare ambienti capaci di offrire sostegno, rafforzare l'azione della comunità, sviluppare le capacità personali, riorientare i servizi sanitari;
- sostenere un passaggio significativo dalla psichiatria alla promozione della salute mentale con la costruzione di **Patti per la salute mentale** fra i diversi attori sanitari e sociali, pubblici e privati, enti locali ed associazioni per valorizzare al massimo le risorse, finanziarie ed umane, presenti nel territorio;
- adottare modalità gestionali ed operative centrate sul “lavoro di rete” quale strategia operativa capace di misurarsi con il carattere multidimensionale della salute trasformando la stessa struttura dei servizi da settoriale a comunitaria e globale<sup>1</sup>. L'approccio di rete può così liberare dall'idea che la prevenzione debba essere creata con specifici progetti ad hoc o dall'idea che se non si fa intenzionalmente prevenzione nulla si faccia, in realtà, di veramente valido, lavorando per creare una *comunità competente* per conoscenze, motivazioni e strumenti d'intervento per prendersi cura.

Il Piano assume quindi l'approccio di rete come complesso, integrato, ecologico:

- Complesso non perché sia tecnicamente e praticamente complicato, ma perché è un approccio confacente alla complessità: con azioni relativamente semplici favorisce l'evoluzione di processi che lentamente si realizzano;
- Integrato perché crea e rafforza le gami, interrelazioni e opportunità strutturali di comunicazione fra entità distinte che possono convergere e riannodarsi in senso sistemico verso comuni obiettivi;
- Ecologico perché presuppone per analogia che il benessere sociale è profondamente interrelato con la qualità dell'ambiente in cui la persona vive.

Nessun servizio può quindi rendersi latitante, né prendersi carico, escludendone altri del “problema”. Ogni servizio come elemento del “sistema a rete” può svolgere una serie di funzioni nella misura in cui può a sua volta contare sulla collaborazione con altri servizi. La differenziazione delle funzioni ha senso e produce risultati solo se esiste a monte una predisposizione di regole comuni, di processi di interscambio di esperienze e di capacità, di raccordo tra le allocazioni delle diverse e specifiche competenze, ma il tutto in un'ottica di rete.

### Punti critici

Per perseguire il percorso e l'approccio delineato necessita superare i seguenti punti critici:

- la formazione di base degli operatori socio-sanitari, sia del pubblico che del privato, induce spesso un approccio parcellizzato e frantumato dei problemi di salute. Ciò riproduce una organizzazione del lavoro fondata su specifici “adempimenti” rivolti non sulla persona ma su “pezzi di persona” a discapito della “presa in carico globale”. I servizi territoriali sono prevalentemente progettati ed organizzati per lavorare “sulla” persona giovane e non “con” la persona: prevale un'offerta concentrata sull'erogazione di prestazioni. Si dà una risposta unica che non fa differenza tra persona e persona, fra bisogno e bisogno e fra le diverse relazioni entro le quali si realizza la vita;
- poche e discontinue sono le attività di formazione integrata offerte a tutti i soggetti della “rete” al fine di garantire: un approccio complessivo comune, lo sviluppo di capacità di lettura e

---

<sup>1</sup> Non esiste una linea netta che separi uno stato personale che necessita di riparazione da uno stato che necessita di sviluppo. Il lavoro di rete presuppone la valorizzazione diffusa della normalità, la capacità di tessere una rete fatta di rapporti che facilitano la comunicazione a diversi livelli, la possibilità di agire e far agire molta solidarietà potenziale, l'aggregazione di più persone intorno ad un problema che si rende evidente. Così si può attivare il propellente per sbloccare dei possibili dinamismi dentro il sociale e così, incidentalmente mentre questa solidarietà ripara e risponde al problema, può inventare e sviluppare una “routine” di promozione della salute dell'età evolutiva.

di azione verso un comune obiettivo, la capacità di adattare il proprio lavoro alla realtà che muta, nel tempo e nello spazio, l'abilità di lavorare insieme e non "contro". Di fatto i "singoli" servizi non tematizzano il "problema", non definiscono una strategia comune, non organizzano le risorse disponibili per affrontarlo secondo protocolli abbastanza definiti. Il sistema organizzativo non si interroga seriamente sul "se" e su "come" affrontare in modo serio ed adeguato il "problema". Può esserci a volte un singolo servizio che si carica del problema diventando così "il" "l'unico riferimento" per i giovani;

- prevale una netta separazione fra "riparazione" da un lato e prevenzione e promozione dall'altro con chiaro predominio di una cultura interventistica di "cure" prettamente medicali. Rimane ancora residuale l'offerta dei servizi per la promozione della salute. Si opera prevalentemente sul danno, si è esperti del disagio, mentre resta scoperta l'altra parte del problema, cioè la promozione dell'agio
- Negli anni ci sono stati molti tentativi di avviare processi ed interventi di iniziative verso l'agio ed il disagio giovanile ma che hanno risentito della scarsità di risorse economiche ed umane, della mancanza di supporti gestionali specifici: di fatto la maggiore attenzione verso i servizi di risposta e l'attenzione frammentaria ed episodica, anche a livello centrale, ha impedito finora la disseminazione, la valorizzazione e sistematicità delle esperienze.
- Non tutti i "nodi" potenziali della rete si conoscono tra loro; alcuni sono più vicini all'utente cittadino cliente" ma lontani dalla "rete", altri, al contrario, più vicini alla "rete" ma lontani dalla persona e quindi ugualmente impossibilitati nella fruizione di risposte. L'incomunicabilità o il difficile raccordo fra servizi fa sì che molte energie e potenzialità si brucino, si dissolvano. La differenziazione dei servizi (una risorsa) si trasforma così in frammentazione (un vincolo) quando, non addirittura, in aperta contrapposizione, ostilità, prevaricazione, sovrapposizione. La mancanza di sinergie rafforza le dicotomie esistenti tra ruolo del pubblico/privato; ospedale/territorio; rete formale/rete informale; tra operatore/utente ecc.
- La mancata valorizzazione delle strutture dedicate all'educazione alla salute a livello aziendale e a livello territoriale sia in termini di risorse economiche sia di valorizzazione delle specificità di intervento e di competenze.
- Nonostante più volte, negli atti programmatori, sia sociali, sia sanitari, si sia enunciato il ruolo centrale, per la programmazione, gestione e valutazione delle politiche socio-sanitarie, della cosiddetta società civile, anche perché costruttori di quella qualità che è insita nell'etica della presa in carico dell'altro, le associazioni di volontariato, continuano ad avvertire una distanza tra i livelli di governo e di gestione degli interventi socio-sanitari ed i bisogni reali delle famiglie e dei giovani.

### **Strumenti gestionali**

Visto che gli obiettivi di salute dell'età evolutiva si realizzano primariamente nelle comunità locali dove la popolazione esprime i suoi bisogni e la sua domanda di intervento, l'ambito privilegiato di integrazione fra i diversi servizi che erogano prestazioni sanitarie e tra questi e i servizi socio-assistenziali, nonché sinergie con gli Enti Locali, è rappresentato dall'articolazione organizzativa e funzionale dell'Azienda, ossia dal Distretto. *Il Distretto* quindi quale articolazione funzionale ad un raccordo integrato, coordinato e continuativo con gli Enti locali e con tutte le realtà rappresentative della comunità locale, luogo di ideazione, condivisione, realizzazione e valutazione del Piano integrato per la rete di intervento precoce.

Molteplici sono i soggetti coinvolti nella concertazione<sup>1</sup>, alcuni con il ruolo di indirizzo politico, altri nel ruolo di coordinamento organizzativo. Le funzioni gestionali ed operative per la realizzazione del Piano sono assicurate dal supporto tecnico delle strutture sanitarie territoriali delle Aziende, del Comune, del terzo settore-società civile il cui operato deve essere opportunamente integrato per il raggiungimento di obiettivi comuni. La concertazione avviene tramite il rapporto con le organizzazioni Sindacali, con le forze produttive e con le altre componenti della società civile a livello locale.

*Il Piano integrato per la rete di intervento precoce dettaglia le intese concordate nel Patto per la salute mentale, dando concretezza e valutabilità alle caratteristiche ed alla operatività della rete.*

## **C.4) Screening mammografico, citologico e del colon-retto.**

### **C.4.1) Screening Mammografico**

La situazione epidemiologica descritta nei primi capitoli conferma la priorità dell'intervento preventivo e fornisce gli elementi necessari alle verifiche di impatto relative ai programmi di screening organizzato avviati in tutte le Aziende USL dell'Umbria.

Lo stato delle risorse ed i connessi problemi organizzativi è descritto nella "Relazione su processi e assetti organizzativi attivati dal PSR 1999-2001".

Nel complesso l'invito biennale di tutta la popolazione bersaglio e, soprattutto, la procedura del sollecito non raggiungono livelli esaustivi. L'adesione è mediamente e omogeneamente soddisfacente nelle varie USL. Sono ancora carenti e disomogenei i dati per valutare la qualità e l'impatto delle prestazioni.

#### *Obiettivi di salute e loro monitoraggio*

Alla "*riduzione della mortalità evitabile*" contribuirà la diminuzione della mortalità per tumore della mammella;

alla "*riduzione della disabilità residua*" fornirà il suo contributo il miglioramento della qualità della vita nelle operate ottenuto tramite la tempestività e l'appropriatezza delle terapie e degli interventi di riabilitazione;

a "*garantire l'equità di accesso alle prestazioni efficaci*" contribuirà l'attivazione di procedure facilitanti l'adesione per le donne resistenti all'invito.

Lo strumento appropriato per perseguire tali obiettivi resta l'offerta attiva di uno screening mammografico biennale nella fascia d'età 50-69 anni e di un percorso diagnostico terapeutico che presentino garanzie di qualità in tutte le loro fasi. Avendo avviato i programmi in tutte le USL, raggiungendo sin dall'inizio una risposta all'invito superiore al livello minimo previsto del 50%, ora va garantito il monitoraggio degli indicatori di qualità<sup>2</sup>.

Le caratteristiche del programma e i risultati devono essere documentati, distintamente per classi d'età quinquennali e per le donne afferite allo screening per la prima volta o a esami successivi al

<sup>1</sup> Il processo di concertazione porta alla definizione di:

- obiettivi di salute in base alle priorità emerse tra tutti i soggetti rappresentativi a pari dignità dei bisogni della comunità locale;
- responsabilità e compiti tecnici economici e gestionali delle risorse messe a disposizione da ciascun soggetto nella logica di processi di cofinanziamento e di specifici percorsi amministrativi atti alla sua realizzazione;
- tempi di realizzazione, verifiche di efficacia degli interventi messi in atto, valutazione di effetto del Piano integrato di salute.

<sup>2</sup> Un sistema di indicatori è stato approntato dall'Assessorato alla Sanità sin dall'inizio del programma regionale di screening mammografico. Criteri e standard sono stati desunti e aggiornati in base alle Linee Guida Europee e ai documenti che adattavano tali Linee Guida alla realtà italiana.

primo.<sup>1</sup> Una revisione annuale sulla esecuzione e sui risultati dei controlli di qualità riguardanti le procedure e le apparecchiature radiologiche sarà proseguita a livello regionale.

Le strutture deputate ai primo, al secondo e al terzo livello dello screening sono tenute a contribuire alla raccolta dei dati citati per quanto loro compete. La disponibilità delle misure descritte alle scadenze che saranno previste dall'Assessorato alla Sanità per le verifiche del caso, è considerata condizione minima per il riconoscimento delle strutture coinvolte nei programmi di screening mammografico e per la valutazione positiva dei programmi.

Il raggiungimento degli standard, valutando questa ancora una fase di sviluppo dei programmi, è considerato un elemento da sottoporre a verifica per individuare gli eventuali correttivi che si rendessero necessari.

Indagini campionarie sulla copertura e sulla disaggregazione di tale copertura per indicatori socio-culturali, quali l'istruzione, saranno disegnate a livello regionale e realizzate nelle varie USL, per verificare l'impatto complessivo dello screening sulla diagnosi precoce e sull'equità dell'accesso.

Le strutture autorizzate ad attività mammografica<sup>2</sup> operanti nel territorio della Regione Umbria dovranno fornire annualmente, rispetto a tutta la propria utenza e disaggregati per fasce d'età quinquennali, gli stessi dati dei programmi di screening, fatto salvo quelli relativi alla popolazione bersaglio e all'adesione. Tali strutture saranno chiamate a partecipare alle iniziative di verifica annuale sui controlli di qualità radiologici nella mammografia di screening.

### *Obiettivi organizzativi*

Rispetto ai problemi di coordinamento dello screening a livello regionale un primo passo è stato già fatto, istituendo un Gruppo di Coordinamento Regionale (GCR) composto da delegati aziendali più snello e coinvolgendo in questo gruppo le Aziende Ospedaliere. Questo GCR, però, manca ancora di rappresentatività e autorevolezza rispetto al complesso delle professionalità coinvolte nello screening, mentre problemi di raccordo con le rispettive direzioni aziendali rendono talora difficile l'orientare l'utilizzazione delle risorse destinate allo sviluppo del programma.

Rispetto al primo punto, va avviato a livello regionale un processo di confronto intra-professionale rispetto alle principali categorie coinvolte (T.S.R.M., Medici radiologi, Anatomici patologi, Chirurghi, Radioterapisti, Epidemiologi).

Rispetto al secondo punto, il Piano assegna alle direzioni aziendali la responsabilità di indicare nei PAL le quote di finanziamento per ogni specifica area progettuale.

La azione ulteriore da realizzare consiste nel promuovere il confronto scientifico e la collaborazione operativa sia delle strutture di primo livello che di quelle di secondo e terzo livello.

---

<sup>1</sup> Le classi d'età servono per standardizzare i risultati e renderli confrontabili tra aree geografiche con diversa composizione per età della popolazione. Inoltre gli standard previsti sono spesso diversi nel caso di donne esaminate per la prima volta rispetto a quelle viste in esami successivi. I dati da fornire, dalla popolazione bersaglio, alla classificazione secondo pT, pN e stadio dei tumori individuati, nonché gli indicatori e gli standard proposti sono desunti dalle indicazioni del G.I.S.Ma.

<sup>2</sup> Accanto alla diagnosi precoce attuata tramite i programmi organizzati, è presente una diagnosi precoce attuata presso gli ambulatori di senologia a seguito di accessi spontanei di donne che non presentano sintomi ma che desiderano un controllo di tipo preventivo. Tale prestazione risponde ad una generale sensibilizzazione delle donne, le quali non sempre trovano nella adesione allo screening organizzato la risposta desiderata. Essa va monitorata in quanto:

anche le donne sottoposte a screening su base spontanea hanno diritto a seguire protocolli garantiti dal punto di vista della qualità e della appropriatezza;

un parziale recupero allo screening organizzato potrebbe essere possibile con la collaborazione degli stessi ambulatori di senologia;

al contempo si potrebbe qualificare tale attività come maggiore flessibilità delle strutture sanitarie nella risposta a chi chiede diagnosi precoce;

il governo clinico di questo fenomeno potrebbe giovare alla riduzione delle liste d'attesa;

i dati di tali ambulatori potrebbero concorrere a ricostruire la copertura mammografica complessiva della popolazione e il carico complessivo delle attività senologiche di I e II livello.

Tale azione potrebbe essere inizialmente stimolata proprio dalla necessità di rispondere meglio agli standard previsti dalle Linee Guida vigenti e ai debiti informativi connessi. Inoltre potrebbe concretizzarsi in seminari, visite reciproche e periodi di affiancamento sul campo. Ciò permetterebbe una maggiore crescita professionale di tutte le categorie coinvolte, anche attraverso un percorso di progressiva specializzazione ed integrazione delle diverse professionalità (nel campo clinico, nel campo organizzativo e in quello epidemiologico).

Ancora, va meglio definito il ruolo delle Aziende Ospedaliere: esse devono essere parte integrante del processo di prevenzione della mortalità per tumore della mammella, intervenendo nel rispetto del percorso di screening sin lì attuato, assumendosi la responsabilità delle procedure e dei debiti informativi connessi; del pari non possono essere viste come soggetti di un'azione sussidiaria, che interviene là dove si esauriscono le potenzialità strutturali e professionali delle Aziende USL, correndo a volte il rischio di una rottura della continuità assistenziale o addirittura di una contraddizione tra parti dello stesso sistema sanitario regionale. Anche per definire adeguatamente questo ruolo è indispensabile che all'interno delle Aziende Ospedaliere si selezionino gruppi interprofessionali dedicati al tema del tumore della mammella ed in costante rapporto di confronto e di collaborazione con chi di tale tumore si occupa sul versante territoriale.

Infine va rafforzato il collegamento tra il Registro Tumori Umbro (RTU) e i programmi di screening, per le analisi sulla sopravvivenza e sui cancri di intervallo che solo tale organismo può attuare correttamente.

Rispetto alle azioni descritte si individuano ruoli distinti per le varie articolazioni del SSR.

*Il Ruolo delle Aziende USL:*

- assicurare lo svolgimento delle diverse fasi dello screening, attraverso le specifiche scelte organizzative congruenti con il contesto locale e secondo i criteri di qualità definiti dalle Linee Guida nazionali e internazionali;
- fornire agli organismi regionali preposti e alle scadenze richieste gli indicatori per la valutazione;
- contribuire al funzionamento del Gruppo Regionale di Coordinamento.

*Il Ruolo delle Aziende Ospedaliere:*

- assicurare lo svolgimento delle fasi dello screening relative al percorso diagnostico-terapeutico, attraverso le specifiche scelte organizzative congruenti con il contesto aziendale e secondo i criteri di qualità definiti dalle Linee Guida nazionali e internazionali;
- fornire agli organismi regionali preposti e alle scadenze richieste gli indicatori per la valutazione;
- contribuire al funzionamento del Gruppo Regionale di Coordinamento.

#### **C.4.2) Screening Citologico**

La situazione epidemiologica descritta nei primi capitoli conferma l'impatto positivo che la prevenzione, sia primaria che secondaria, ha avuto sull'incidenza del tumore del collo dell'utero. Va quindi mantenuto alto il livello di adesione ai programmi di diagnosi precoce, razionalizzando l'uso delle risorse attraverso lo screening organizzato su chiamata attiva triennale.

Lo stato delle risorse ed i connessi problemi organizzativi è descritto nella "Relazione su processi e assetti organizzativi attivati dal PSR 1999-2001" In sintesi i punti critici riguardano

- Programma di gestione unico , ma modificato da ogni Azienda su specifiche esigenze non concordate
- Anagrafiche non sempre corrette
- Formazione : solo per il 1° livello ed il project manager
- Dotazione informatica non a regime e non assistita (adeguatezza dell'hard, funzionamento della rete, copertura del II livello)
- Consulenza epidemiologica a livello regionale da implementare
- Carenza di flussi regolari di dati tra i servizi di I e II livello

### ***Obiettivi di Salute***

- 1) ad “aumentare la speranza di vita senza disabilità” nonché a “ridurre le morti evitabili” fornirà il suo contributo la diminuzione dell’incidenza del carcinoma;
- 2) alla “riduzione della disabilità residua” concorrerà il miglioramento della qualità della vita nelle donne sottoposte a trattamenti precoci e non invasivi ;
- 3) alla “garanzia di un equo accesso alle procedure efficaci” contribuirà l’adozione di particolari procedure per il reclutamento delle donne che non aderiscono all’invito

Il PapTest va offerto gratuitamente ogni 3 anni a tutte le donne dai 25 ai 64 anni di età, garantendo equità di accesso e qualità delle prestazioni, sia per il test di primo livello che nell’eventuale percorso di approfondimento diagnostico e nella terapia.

Avendo ogni Azienda portato a termine il 1° round con un’adesione media superiore al 50%, per il prossimo triennio la valutazione del programma di screening deve quindi prendere in considerazione due ordini di problemi:

- gli ostacoli alla adesione, cioè l’equità di accesso
- il monitoraggio degli indicatori , cioè la qualità delle prestazioni

1) I programmi aziendali avviati garantiscono 94 sedi per il prelievo costituendo una rete capillare e facilmente raggiungibile. Gli ostacoli alla adesione vanno quindi ricercati probabilmente nelle differenze relative alla classe sociale, all’età, al titolo di studio, alla provenienza.

2) per rendere possibile il monitoraggio degli indicatori a livello regionale è necessario che i 4 programmi, oltre ad essere identici, siano utilizzati nello stesso modo nelle 4 ASL.

Strumento di unificazione è il Gruppo di Coordinamento Regionale, costituito dai delegati di ASL ed AO, ed allargato di volta in volta, a seconda delle analisi programmate, alle varie professionalità .Questo dovrà iniziare un’attenta opera di omogenizzazione delle procedure operative, nei limiti imposti dalle diverse realtà organizzative, della modulistica ed esaminare le statistiche fornite dal sistema di gestione per concordare le modifiche atte ad una rilevazione omogenea e verificare la necessità di ulteriori record.

### ***Azioni per il Triennio***

#### Le Aziende USL si impegnano a:

- mettere a regime la strumentazione hard ed un sistema di rete funzionale ed efficiente
- ripulire le liste anagrafiche da errori ed artefatti
- adeguare il soft di gestione alla rete e alle modifiche concordate in sede di GCR
- verificare l’adeguatezza delle sedi per il prelievo dal punto di vista strutturale, dell’accoglienza, del rispetto della privacy
- curare la formazione informatica degli operatori sia del 1° che del II livello
- informatizzare i servizi di colposcopia aziendali e, nell’attesa, utilizzare un registro comune per la rilevazione di report utili a monitorare la compliance di ogni donna con paptest anomalo alle varie fasi del 2°livello

- costituire il Centro Unico Regionale di Citologia, coordinato dalla sede di Perugia, per la lettura dei Pap-test, al fine di garantire: uniformità delle procedure, lettura collegiale, esecuzione test per HPV, controllo di qualità intra ed interlaboratorio ed archivio anomali
- riconoscere, nel quadro degli accordi interaziendali alla ASL n. 2 la quota di finanziamento relativa alla lettura citologica, al fine di poter adeguare organico e sistema informatico alla aumentata complessità tecnico-gestionale.
- mettere a punto la lettura dei preparati citologici computer assistita (lettura centralizzata automatizzata e stazioni automatizzate di revisione)
- ridurre i tempi di risposta per i referti negativi
- verificare la sperimentazione del test HPV su ASCUS e HSIL
- documentare i risultati raggiunti con la produzione ed il confronto delle statistiche di screening e di attività e la elaborazione degli indicatori previsti
- valorizzare l'attività del personale che partecipa allo screening nell'ambito del sistema premiante aziendale

Le Aziende Ospedaliere, tramite apposite clausole degli accordi interaziendali, si impegnano a:

- identificare formalmente i referenti aziendali in merito all'approfondimento diagnostico, al trattamento, all'Anatomia Patologica
- garantire le prestazioni di competenza come soggetto parte integrante del programma di screening, prevedendo regolari flussi informativi, verifiche e valutazioni
- dotare i Servizi di Colposcopia dell'hard necessario per informatizzare schede cliniche e procedure (soft di gestione a carico delle USL)
- migliorare l'accoglienza delle utenti dal punto di vista strutturale, della privacy, e del personale dedicato

*Le Azioni della Regione nel triennio per gli screening oncologici citologico e mammografico*

Trattandosi in ambedue i casi di programmi di screening istituiti su iniziativa regionale, il ruolo e gli impegni della Regione restano un'esigenza peculiare per il loro sviluppo e per la verifica della completa implementazione e dei risultati, risultando unitari per i due programmi.

La Regione si impegna a:

- a) promuovere e valutare la qualità delle attività svolte da ASL ed AO tramite:
  - il Gruppo di Coordinamento Regionale, formato dai delegati aziendali ed opportunamente integrato con figure tecniche;
  - l'apertura di tavoli intra ed inter professionali su problemi specifici;
  - elaborazioni ad hoc dei dati prodotti dal software in uso, tramite un epidemiologo da affiancare al GCR nell'analisi ed elaborazione dei dati statistici
  - la promozione di attività di aggiornamento e miglioramento della qualità per II e III livello
  - approfondimenti epidemiologici con il RTUP<sup>1</sup>

<sup>1</sup> In particolare, attraverso le attività del RTUP, si potrà

- ottenere le base-line relative al fenomeno tumore della mammella e del collo dell'utero, disaggregato territorialmente e per le fasce d'età di interesse per la valutazione dello screening;
- confrontare i dati relativi alla casistica positiva allo screening con le proprie analisi epidemiologiche per lo studio della sopravvivenza e dei relativi indicatori prognostici;
- ottenere i dati relativi alla casistica tumorale non individuata attraverso i programmi di screening per la individuazione dei cancri di intervallo;



b) assicurare il collegamento e il confronto con gli organismi nazionali di indirizzo scientifico sul tema degli screening mammografici (Gruppo Italiano Screening Mammografici e Osservatorio Nazionale per la Prevenzione dei Tumori Femminili)

c) definire le risorse che le Aziende Sanitarie avranno a disposizione per assicurare il superamento di alcuni punti critici che ancora ostacolano il pieno sviluppo dei programmi di screening nelle loro varie fasi;

d) supportare i clinici impegnati nella attuazione dei protocolli regionali di screening, rispetto agli specifici rischi professionali che il rispetto di tali protocolli comporta.

e) coinvolgere i MMG nelle attività di supporto alla adesione delle donne con maggiori difficoltà e resistenze, prevedendo questo punto nelle trattative decentrate per l'applicazione della convenzione.

f) Verificare, anche d'intesa con il Centro per le Pari Opportunità, la qualità percepita

#### *Il ruolo dei piani integrati per la salute nello sviluppo degli screening oncologici*

Nell'ambito dei piani integrati per la salute sarà opportuno prevedere azioni intersettoriali per facilitare l'adesione consapevole agli screening oncologici, soprattutto per quelle fasce di popolazione femminile (donne anziane, donne inserite in un contesto socio-culturale deprivato, donne immigrate da paesi poveri, donne esposte a problemi di spostamento sul territorio) che non hanno le stesse opportunità a priori di accedere alla diagnosi precoce.

#### **C.4.3) Screening per il carcinoma del colon retto**

Essendovi in letteratura consenso sulla efficacia dello screening e ampia discussione sulle procedure da adottare ed essendo tale intervento in grado di ridurre le morti evitabili, ridurre la disabilità residua nonché di ridurre le disuguaglianze nell'accesso alle prestazioni efficaci, la Regione si impegna ad attivare nel triennio lo screening per il colon retto su scala regionale, prevedendo i seguenti passaggi:

- 1) I° anno: analisi epidemiologica e costo efficacia delle diverse opzioni diagnostiche, con scelta della procedura di riferimento e definizione dei costi di attivazione ed a regime;
- 2) II° anno: definizione dei programmi aziendali e acquisizione del software;
- 3) III° anno: attivazione dello screening tramite offerta attiva.

**Tabella 6-2:** Calendario triennale di attività per le materie della sezione 6-2

Anno	Interventi	Titolarietà
I	Assegnazione alle ASL quota 5% per la promozione, prevenzione primaria e secondaria	Regione
	Stipula Patti salute mentale e ambiente salubre	
	Redazione e approvazione PAL e PIS tra DIP, distretto, dipartimenti territoriali su interventi previsti dal PSR	ASL, IZS, ARPA, Comuni, Società civile
	Stipula con le AO di accordi sulle integrazioni necessarie per II° livello screening	ASL
II	Attivazione degli interventi previsti nei PAL e nei PIS	ASL, AO, IZS ARPA Comuni, Società civile
	Monitoraggio stato di avanzamento	Regione + titolari operatività

III	Valutazione delle realizzazioni ed i problemi applicativi	Regione + titolari operatività
-----	---	--------------------------------

### 7.3 *Qualificare la domanda di assistenza*

Chiariti gli impegni assunti sul versante delle attività di iniziativa pertinenti con il mandato del SSR, il Piano affronta il tema della qualificazione della domanda come una azione fondamentale da perseguire nel triennio per:

- garantire il riallineamento di bisogno, domanda, offerta ed utilizzazione dei servizi;
- innestare sul disegno macro organizzativo dei servizi sanitari – sovrapponibile a quello prefigurato nelle normativa regionale vigente e nel PSR 1999-2001 - una serie di indicazioni più “raffinate” volte sia a migliorare l’interfaccia tra SSR e cittadini che a cogliere criticamente – ma non ad evitare - l’evoluzione delle aspettative verso il SSR;
- focalizzare l’attenzione degli operatori sulle problematiche poste dai meccanismi e dall’evoluzione della domanda, in modo da ampliare la missione aziendale inserendo in essa le principali finalità che possono garantire la qualificazione del SSR;
- porre il governo clinico – e quindi anche i professionisti attivi sul territorio – di fronte alla necessità di far fronte anche al problema della qualificazione della domanda.

A tal fine il presente capitolo:

- a) passa in rassegna alcuni degli elementi teorici e sociologici che devono essere considerati ai fini della qualificazione della domanda;
- b) propone alcune condizioni organizzative e soluzioni operative ritenute funzionali a tale prospettiva;
- c) colloca nella missione organizzativa del distretto e al suo interno delle equipe dei medici di base e dei CdS, la problematica della qualificazione della domanda, consegnando pertanto a tale livello anche la responsabilità della gestione attiva delle liste di attesa in stretta interazione l’offerta specialistica e ospedaliera;
- d) assegna alle direzioni sanitarie ospedaliere la responsabilità di organizzare le aree di offerta e di gestire le liste di attesa relative alla richieste di ricovero, insistendo sull’effetto benefico di una stretta interazione con il distretto e gli mmg;
- e) si confronta con l’evoluzione della materia a livello nazionale e con l’assetto che ad essa daranno le diverse regioni italiane; questo per le ovvie interazioni in tema di equità di accesso e di possibili asimmetrie interregionali nei sistemi di offerta, puntando altresì ad offrire servizi di qualità all’interno di un quadro concordato di mobilità sanitaria.

#### A) Chiarire le relazioni tra bisogno, domanda, offerta e utilizzazione

La domanda di prestazioni sanitarie espressa da parte della popolazione dipende da una serie di complesse interazioni tra il cittadino, gli operatori ed i servizi socio-sanitari presenti sul territorio, interazioni che è necessario esaminare analiticamente riassumendo le diverse combinazioni possibili tra bisogno, domanda e offerta in modo da disporre degli elementi di comprensione necessari per attivare strumenti appropriati per una sua maggiore qualificazione.

Se il cittadino affetto da una patologia presenta un bisogno (es.: una terapia che ripristini lo stato di salute) detto bisogno può essere percepito dall’individuo stesso (quando lo stadio di sviluppo

della malattia si traduce in sintomi avvertibili) oppure non percepito (se la malattia è ancora clinicamente silente).

Quando il bisogno è percepito, l'individuo in genere reagisce esprimendo una domanda di assistenza, cioè chiede al medico di intervenire per chiarire la situazione e, possibilmente, per instaurare una malattia che terapia che guarisca la malattia. Se a fronte della domanda espressa è presente l'offerta di servizi il bisogno è soddisfatto (caso 1); se l'offerta è assente, il bisogno rimane insoddisfatto (caso 2).

Può darsi anche che il paziente, pur percependo il bisogno non lo traduca in domanda e ciò per i più vari motivi: perché ricorre alla automedicazione, oppure perché sottovaluta la situazione di malattia, oppure per riluttanza a sottoporsi ad una visita medica, oppure per sfiducia nel sistema sanitario o infine perché è al corrente che le carenti strutture sanitarie e disposizione non sono in grado di offrirgli una risposta adeguata. Quando ciò accade, l'offerta se presente rimane inutilizzata (caso 3), se assente il bisogno non emerge (caso 4).

Quando il bisogno, pur presente, non è percepito, da parte dell'individuo non proviene alcuna richiesta di intervento e quindi il bisogno non percepito non è espresso come domanda. E' questo il caso del bisogno di prevenzione, che come tale non è in genere individualmente percepito e rimane come domanda inespressa.

Se alla domanda inespressa fa riscontro solo un'offerta di prestazioni tradizionali (caso 5), l'offerta rimane inutilizzata, e comunque, se manca l'offerta, il bisogno non emerge (caso 6). In queste situazioni solo un intervento "di iniziativa" (vedi capitolo precedente) del sistema sanitario può mettere in luce il bisogno, ad esempio attraverso diagnosi precoci attuate sistematicamente sulla base di conoscenze epidemiologiche (es.: screening).

E' anche possibile che, da parte di soggetti perfettamente sani e quindi in assenza di bisogni, si esprima una domanda di assistenza, nella convinzione di essere affetti da malattia o per ansia di rassicurazione. Quando ciò avviene, se l'offerta di prestazioni è presente si realizza uno spreco (caso 7); se l'offerta è assente, ma la domanda insiste ad esprimersi, ciò finisce per indurre l'offerta (caso 8) e quindi ciò provocherà ancora una volta spreco.

Il colmo si raggiunge quando, in assenza di bisogno (e di domanda), il sistema sanitario insiste nell'offerta, e allora, presto o tardi si induce una domanda artificiosa (caso 9), che implica spreco (es.: offerta di posti letto in eccesso rispetto alle reali necessità del territorio).

Di fronte a queste diverse possibili combinazioni, il Piano si pone due obiettivi:

- ottenere che ad ogni bisogno presente corrisponda una domanda espressa e che ad ogni domanda si risponda con una offerta adeguata di prestazioni, tale da soddisfare i bisogni. A tal fine occorre far emergere e rilevare correttamente i bisogni inespressi, nonché predisporre servizi in grado di fornire appropriatamente le prestazioni necessarie;
- disincentivare le offerte nei confronti di bisogni assenti e educare la popolazione, in assenza di bisogni, a non esprimere domande di prestazioni.

### 7.3.1 Seguire l'evoluzione della domanda di salute

La domanda di salute degli italiani<sup>1</sup> ha subito nell'ultimo decennio una evoluzione rispetto alle caratteristiche che presentava negli anni '80, con differenze non solo percentualmente imponenti ma che denotano un cambiamento sostanziale di orientamento nel modo di intendere la salute, il benessere, la medicina, il rapporto con il medico. E' infatti lo stesso concetto di salute ad essere

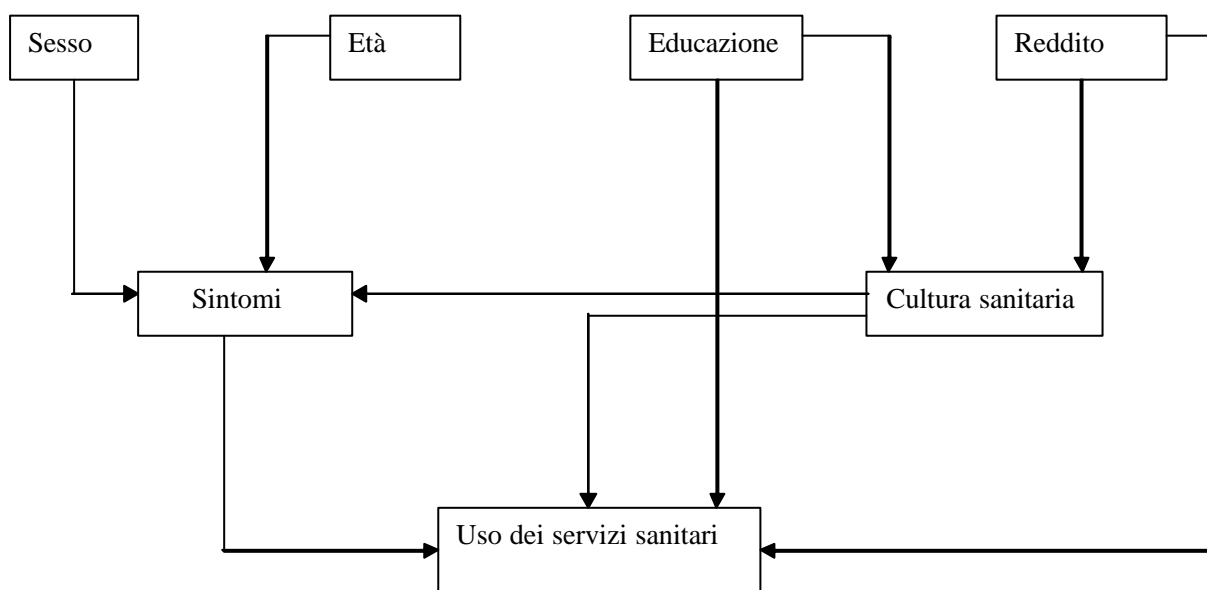
---

<sup>1</sup> CENSIS (1998) *La domanda di salute negli anni novanta. Comportamenti e valori dei pazienti italiani*. Franco Angeli; Milano.

messo in discussione in quanto per gli italiani oggi “esseri sani significa essere efficienti”, da un lato ribadendo come la salute non sia omologabile all’assenza di malattia, dall’altro evidenziando – una semplificazione che potrebbe comportare consistenti implicazioni problematiche – un minore interesse per la dimensione psicologica della persona rispetto alla efficienza ed alla forma fisica, divenuti oggi “strumenti” indispensabili per un ottimale inserimento nella vita sociale e lavorativa. Infatti mentre nel 1987 il 51% degli italiani riteneva la salute come una condizione di equilibrio psico fisico, oggi tale percentuale scende al 20%, mentre un terzo di noi ritiene che essere in salute significhi sentirsi in forma ed in grado di svolgere le normali attività, il che deriva da una visione estetica e strumentale del corpo che può e deve essere *sempre* migliorato.

Di rilievo è poi il fatto che alla attribuzione della cattiva salute a fattori ambientali e sociali che, per la loro difficile soluzione, comportavano un atteggiamento sostanzialmente passivo, si viene a sostituire una presa di coscienza sulla modificabilità degli stili di vita e delle abitudini personali e sul ruolo che questo può avere nel promuovere buone condizioni di salute; un elemento che concorda con il diffondersi di comportamenti più sani e che a sua volta si accompagna ad una più assidua cura del corpo ed ad una lieve diminuzione dei comportamenti più medicalizzati.

Si avverte poi il fenomeno, ormai diffuso nei Paesi tecnologicamente avanzati, di una ricerca attiva ed una selezione di fonti informative che consentono ai cittadini di trasformarsi in “persone competenti” e di porsi come interlocutori paritari con il personale sanitario per le scelte che li riguardano. Questo aumentato livello conoscitivo fa sì che gli italiani preferiscono valutare il medico in base alla competenza tecnico-scientifica, alla professionalità ed alla esperienza, preferendo di gran lunga il “tecnico” specializzato ed aggiornato (58%) al medico “paterno” ed umano (34%).



**Figura 6-4:** Determinanti dell’uso dei servizi sanitari istituzionali

Sale la percentuale di cittadini che danno un giudizio complessivamente positivo sulla qualità dei servizi offerti dal SSN (85% nel 1997 contro il 75% del 1987), convinti che il settore pubblico debba garantire i servizi fondamentali per la salute, mentre il ricorso alle strutture private è da attribuirsi alle carenze organizzative del sistema e *soprattutto alle difficoltà di accesso*.

Notevole è poi tra gli italiani la disinformazione “sull’offerta sanitaria”: solo il 20% dei cittadini si ritiene sufficientemente informato sulla dislocazione dei diversi servizi e strutture sul territorio ed

a poco sembrano essere servite le iniziative assunte dalle aziende sanitarie al riguardo: la carta dei servizi sarebbe conosciuta solo dal 22% dei cittadini e gli URP sono conosciuti dal 17% di essi.

## B) Definire le responsabilità organizzative nella qualificazione della domanda

La qualificazione della domanda, in particolare di quella indotta o inappropriata, può essere ottenuta solo laddove la domanda stessa si forma, ovvero sul territorio, con riferimento particolare ai servizi per le cure primarie e quindi al ruolo dei medici di base (mmg e pls).

Le principali responsabilità relative a tale processo sono rappresentate pertanto:

- a) in prima istanza, dal Distretto, dalle sue articolazioni territoriali e dalle aggregazioni funzionali di operatori (equipe territoriali). Al Distretto è affidato la funzione di:
  - conoscere la domanda e sorvegliarne l'andamento;
  - intervenire al fine di orientare la domanda in termini di appropriatezza attraverso:
  - interventi di educazione alla salute;
  - interazioni con mmg e pls, che in quanto operatori dell'assistenza primaria hanno grandi responsabilità nello svolgere una ponderata azione di filtro;
  - attivazione di interventi di iniziativa rivolti al singolo e finalizzati ad intercettare bisogni non percepiti (casi 5 e 6 della tabella precedente);

Tale compito si concretizza attraverso un percorso teso a superare la componente soggettiva della domanda per ricondurre la risposta all'erogazione di prestazioni che abbiano evidenze riconosciute, misurabili e valutabili, rispetto alla salute del singolo e del gruppo. Esiste ormai una nutrita ed accreditata letteratura che mette in evidenza come questo processo sia inevitabile se non si vuol correre il rischio di essere subalterni a sterili logiche finalizzate a tacitare soggettività, senza che ciò abbia un qualche riscontro positivo in termini di salute.

Questo processo di cosiddetta oggettivazione dell'offerta non è facile né tanto meno semplice, perché comporta un quotidiano, faticoso confronto dialettico con l'utenza che chiama in causa, quale strumento indispensabile, l'integrazione di servizi e di professionalità. E' altrettanto vero che solo così si può perseguire concretamente il governo della domanda.

L'attribuzione al distretto di tali responsabilità comporta:

- la presenza di una rete di operatori più dedicati alle funzioni di prevenzione secondaria, ed alla diagnosi e cura di singoli assistiti, che vede nelle equipe territoriali, il suo punto di forza e la chiave per un maggiore appropriatezza della domanda e delle prescrizioni terapeutiche;
- la presenza di una rete di operatori rivolta allo svolgimento di funzioni tecnico organizzative, principalmente nel campo delle attività di iniziativa previste dai Piani integrati di salute e dai Piani attuativi locali, nonché alla gestione delle risorse assistenziali del territorio necessarie per l'integrazione socio-sanitaria, a seconda che la stessa riguardi interventi a livello domiciliare, semiresidenziale e residenziale;
- la necessità di integrare funzionalmente tutti gli operatori socio sanitari attivi sul territorio, al fine di avere una reale continuità assistenziale, superando arroccamenti e richieste di autonomia poco funzionali alla tutela della salute dei cittadini.

- b) alle direzioni aziendali è affidato il compito di promuovere interventi di marketing sociale<sup>1</sup>, cioè l'orientamento della domanda verso beni e servizi favorevoli alla promozione e tutela della salute, in contrasto con il marketing aziendale che consiste nella capacità di convertire il potere di acquisto di un compratore in una domanda per uno specifico prodotto o servizio.
- c) al governo della salute spetta il compito di concordare patti con soggetti rappresentativi di ampi settori di popolazione (es.: sindacato pensionati) per promuovere su scala regionale orientamenti della domanda verso beni e servizi favorevoli alla promozione ed alla tutela della salute.

### C) Definire strumenti e sistemi operativi per la qualificazione della domanda

Al fine di raggiungere gli obiettivi di qualificazione della domanda, è necessario:

- a) attivare gli strumenti propri del governo clinico a livello territoriale. Nell'azione di analisi ed orientamento della domanda il distretto utilizza, tra l'altro:
  - o analisi demografiche ed epidemiologiche sulle dimensioni quantitative dei principali eventi di interesse socio-sanitario, anche a partire da stima degli eventi attesi;
  - o le linee guida per migliorare i comportamenti prescrittivi;
  - o i percorsi assistenziali;
  - o la formazione e l'aggiornamento dei professionisti sull'appropriatezza prescrittiva
- b) sviluppare l'autonomia gestionale del distretto, attraverso l'attivazione delle deleghe gestionali necessarie, da definire nel quadro dell'atto aziendale;
- c) attivare parallelamente, per supportare la sostenibilità delle decisioni, strumenti di programmazione e controllo tra cui il budget di distretto, dove convergono sia i costi delle prestazioni erogate a livello del distretto stesso (ad esempio: la medicina convenzionata, la farmaceutica territoriale, l'assistenza domiciliare integrata, parte della specialistica ambulatoriale, la residenzialità, ecc.), sia i costi delle prestazioni erogate a partire dall'assistenza primaria (ad es. ricoveri ospedalieri, specialistica ambulatoriale ospedaliera e del privato convenzionato ecc.).

#### 7.3.2 Migliorare la gestione delle liste di attesa

- I fattori che influenzano i tempi di attesa e la gestione delle liste sono molteplici; le fasi su cui porre attenzione sono quelle della prescrizione, della prenotazione e follow up, della esecuzione e del monitoraggio<sup>2</sup>.

Qualunque ipotesi di revisione organizzativa sui tempi d'attesa non può prescindere da un'attenta analisi dell'efficacia di quello che è erogato e della necessità/adequazione in rapporto alla patologia o anche al tipo di approccio organizzativo che è utilizzato. Le iniziative da intraprendere

---

<sup>1</sup> Hasting G, Haywood A (1991) *Social marketing and communication in health promotion*. Health promotion international, 6: 135-45.

<sup>2</sup> Le prime due si riferiscono alla "domanda" di prestazione, mentre le altre attengono più alla "offerta" di assistenza; per tutte, comunque, ci sono delle considerazioni che vanno tenute presenti:

- appropriatezza ed efficacia della domanda e della offerta;
- adeguatezza della programmazione sanitaria ai diversi livelli;
- disponibilità di risorse finanziarie sufficienti;
- riorganizzazione del lavoro all'interno delle strutture sanitarie;
- ricorso a forme di incentivazione, programmi di formazione ed obiettivi per l'implementazione di linee guida e percorsi assistenziali.

devono aumentare il grado di appropriatezza delle prestazioni rese, anche in rapporto alla evoluzione tecnologica che pone continuamente gli operatori di fronte a scelte diagnostiche e terapeutiche rinnovate, con l'esigenza di comprendere quali siano le prestazioni realmente idonee e quale sia il loro migliore livello di utilizzo. Infatti la soluzione più semplice, l'aumento dei volumi dell'offerta e il conseguente aumento della capacità produttiva dei servizi, finisce con riproporre il problema in veste sempre più importante e con un aumento dei costi illimitato.

### **A) Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale**

Gli obiettivi sui quali la Regione deve impegnarsi, dal lato della domanda, sono i seguenti:

#### *A.1) Individuazione del livello di priorità clinica per la prescrizione*

I criteri di priorità si devono basare in primo luogo sulle caratteristiche cliniche del quadro patologico presente: eziologia, stadio e decorso, con riguardo ai possibili danni legati a ritardi nel trattamento, alla presenza ed intensità di sintomi e deficit funzionali, alle fattispecie particolari che richiedano di essere trattate secondo tempistiche prefissate.

I principi per la gestione delle priorità di accesso sono i seguenti:

- individuare la priorità clinica<sup>1</sup>, sia per le prestazioni di ricovero che per quelle ambulatoriali, comunque per quelle maggiormente rappresentative;
- la lista deve essere strutturata in modo da permettere l'individuazione di tale priorità;
- inserire i pazienti in lista di attesa, se l'indicazione clinica all'intervento è corretta, rispettando l'ordine di presentazione dei pazienti;
- pazienti con pari livello di priorità devono essere trattati secondo l'ordine cronologico di presentazione;
- in caso di sospensione il paziente deve rientrare in lista in una posizione che tenga conto della posizione originaria;

Non ha valore la sola applicazione dei tempi di attesa massimi (per categorie di attesa: emergente, urgente, breve attesa, attesa senza limite definito, programmata), ma occorre definire categorie di attesa in base all'effettivo bisogno clinico. I "Raggruppamenti di attesa omogenei" (RAO<sup>2</sup>) possono rappresentare una soluzione.

Un problema gestionale connesso con l'individuazione di classi di priorità è la possibilità di modifica del livello di priorità del singolo paziente nel tempo, con la conseguente necessità di prevedere, a livello di sistema di gestione delle prenotazioni, la registrazione di tali modifiche.

<sup>1</sup> E' necessario definire liste di priorità, con corrispondenti tempi di attesa clinicamente accettabili, evitando di focalizzare l'attenzione esclusivamente sul limite assoluto di attesa, ma prevedendo sistemi che possano garantire maggiore priorità e minori attese alle situazioni realmente più bisognose. Il problema dell'individuazione di priorità cliniche comporta un approccio sistemico, realizzabile pienamente solo a livello locale. A livello regionale è opportuno adottare un sistema di classificazione unico, che fornisca dati confrontabili ed assicuri equità di accesso per il cittadino verso tutte le strutture del territorio. E' compito della Regione definire gli obiettivi di sistema, supportando le Aziende a livello metodologico ed effettuando un attento monitoraggio.

<sup>2</sup> I RAO sono categorie di contenuto clinico per l'accesso alla prestazione specialistica (diagnostica o terapeutica), omogenee per l'attesa che può essere assegnata al caso clinico senza compromettere la diagnosi del paziente. E' necessario che prima dell'applicazione dei RAO, venga condivisa dai professionisti, tutti i medici prescrittori, la logica della "priorità di attesa", considerando tre livelli:

- urgenza di fare la sola diagnosi clinica
- urgenza di fare la diagnosi clinica in quanto il paziente potrà essere curato
- urgenza di fare diagnosi clinica in quanto il paziente potrà essere curato e sollevato da problemi socio-sanitari

Per l'applicazione della metodica dei RAO, va previsto il coinvolgimento dei servizi di prenotazione, dei Medici Specialisti e dei Medici di Medicina Generale, la revisione di procedure operative di prenotazione, la definizione ed applicazione di RAO concordati e l'ampliamento progressivo del numero dei partecipanti, ipotizzando una fase di sperimentazione iniziale. E' opportuno prevedere anche audit delle attività prescrittive, da parte dei MMG e PLS (in particolare per quelli di maggiore complessità).



Per ogni singolo esame richiesto va sempre collegato il sospetto diagnostico, fornendo una griglia per patologia oltre che per grado di urgenza, in modo di fornire elementi per la valutazione sulla appropriatezza delle richieste, tenendo sotto controllo il volume complessivo delle singole prestazioni e conseguentemente l'entità delle liste d'attesa.

### **A.2) Implementazione del sistema di prenotazione**

Il sistema di prenotazione secondo il modello centralizzato CUP aziendale deve estendersi, arrivando ad un modello centralizzato regionale e per la stessa esigenza di trasparenza ed equità, va esteso il sistema di prenotazione centralizzato anche alle attività libero-professionali in intramoenia.

La sensibilizzazione dei MMG e PLS, con la predisposizione di protocolli e linee guida concordate, e con la possibilità di prenotare direttamente le prestazioni per i propri assistiti (prevedendo di estendere la possibilità a tutte le farmacie), dovrebbe ridurre la richiesta di prestazioni improprie.

La prenotazione di esami o prestazioni di controllo deve avvenire secondo un canale parallelo, con prenotazione diretta da parte del servizio che ha effettuato la prima prestazione, nel rispetto dei tempi indicati dallo specialista.

### **A.3) Monitoraggio delle prestazioni**

Il monitoraggio delle liste di attesa è un indispensabile strumento di programmazione sanitaria nell'ambito aziendale e sovraaziendale. Si tratta di analizzare i dati rilevati e di monitorare i bisogni e le priorità assistenziali dei cittadini in rapporto alle caratteristiche dell'offerta fornita. L'esigenza diventa non tanto quella di conoscere il tempo di attesa, ma di correlare il tempo con la classe di priorità, tenendo in considerazione le esigenze espresse dai cittadini e valutando la capacità del sistema di rispondere in maniera adeguata. E' necessario quindi rilevare non solo il tempo di attesa, ma anche altri fattori, quali il numero di utenti in lista, il numero di prestazioni potenzialmente erogabili e quelle erogate, etc. Molteplici informazioni aggregate possono permettere di effettuare valutazioni maggiormente precise, comprendendo le criticità presenti e individuando le aree di sofferenza dove è necessario intervenire.

Le informazioni raccolte dovranno permettere di verificare:

- la corrispondenza tra la codifica del prescrittore e quella confermata dallo specialista
- i giorni di attesa in base alla classe di appartenenza
- il numero di prestazioni che non sono state codificate con classi prioritarie
- il comportamento dei vari prescrittori
- la prescrizione e la erogazione delle prestazioni effettuate, riconducendole al medico prescrittore, al cittadino che le riceve, alla struttura che le eroga
- gli aspetti quantitativi: volumi di attività, tipologia di prestazioni richieste, spesa generata
- gli aspetti organizzativi e gestionali: tempi di attesa, tipologia di attività effettuata
- gli aspetti correlati alle variazioni della domanda espressa di prestazioni di specialistica ambulatoriale

Il monitoraggio delle attività e delle prestazioni va effettuato, con le stesse modalità e con gli stessi principi ispiratori, anche per le attività svolte in regime di attività intramoenia, che, se regolato e controllato, può contribuire alla riduzione delle liste d'attesa.

A tal fine è necessario riformulare il programma di monitoraggio regionale.

#### **A.4) Comunicazione ed informazione agli utenti**

Per cercare di favorire l'accesso dei pazienti e garantire la trasparenza degli atti è necessario predisporre strumenti corretti di informazione all'utenza relativamente al percorso di accesso alla prestazione; è necessario offrire riferimenti certi per le fasi che precedono e preparano l'accesso alla struttura, permettendo un corretto orientamento e il contatto con gli interlocutori preposti a fornire le informazioni di cui necessitano. Questo permette all'utente di esercitare un maggiore controllo sull'iter seguito dalla propria richiesta, oltre che di collaborare in modo più fattivo con le strutture, ad esempio segnalando per tempo eventuali rinunce.

Il modo più adeguato è adottare sistemi centralizzati in cui la gestione sia affidata ad una struttura unica per strutture sanitarie complesse. Tramite il contatto telefonico e la comune attività di sportello si viene a creare un servizio continuativo di assistenza e di distribuzione di informazioni, anche allo scopo di orientare l'utenza e di non generare in essa una sensazione di abbandono, garantendo la raccolta e la trasmissione di informazioni riguardanti i tempi di attesa, a favore sia dei cittadini che dei MMG.

Gli obiettivi da raggiungere per la Regione dal lato dell'offerta, sono i seguenti:

- a) aumento della percentuale di disponibilità di prestazioni prenotabili a CUP e sperimentazioni di agende informatiche differenziate per priorità cliniche di prestazioni, con il definitivo superamento delle liste chiuse
- b) migliore organizzazione del lavoro, verifica e messa in atto, di interventi tesi ad aumentare i tempi di effettivo utilizzo delle apparecchiature tecnologiche e delle strutture, utilizzando anche tutte le forme di remunerazione legate al risultato
- c) utilizzo dell'overbooking, che permette di aumentare il numero di prenotazioni possibili in base al calcolo statistico del numero di persone prenotate che non si presentano all'appuntamento
- d) previsione di meccanismi di incentivazione legate al risultato per il personale di alcune strutture con tempi critici
- e) potenziamento dell'informazione regionale per gli utenti attraverso gli URP e tutti i sistemi di informazione attivati.

L'obiettivo finale per il PSR è quello di individuare le prestazioni prioritarie in modo da promuovere iniziative di miglioramento dei tempi di attesa. Le prestazioni scelte sono indicate nella tabella finale riassuntiva, mentre il gruppo di lavoro regionale, formato da referenti aziendali e regionali, valuterà l'opportunità di aggiungerne altre a queste, per coprire aree diagnostiche rilevanti per il servizio sanitario regionale. I tempi massimi di attesa dovranno essere definiti dal gruppo anche in base alle indicazioni della normativa nazionale e dovranno essere riferiti a prestazioni ordinarie richieste come primo accesso e non come controlli.

#### ***B) Prestazioni in Regime di Ricovero***

Rappresentano obiettivi del triennio per la nostra Regione:

##### **B.1) Il sistema di gestione**

Deve essere consentita la registrazione della data di prenotazione (quella in cui la richiesta di ricovero è pervenuta all'operatore addetto all'accettazione): tale data deve essere riportata sul registro delle prenotazioni previsto dall'art. 3, comma 8, della Legge 724/1994, sia che esso sia gestito in forma cartacea, sia che esso si connoti come sistema di prenotazione informatizzata.

Anche per i ricoveri programmati, possono verificarsi rinunce temporanee o sospensioni, mancate presentazioni o l'inserimento di pazienti con codici di priorità più urgenti. Queste

eventualità influenzano sia la determinazione della durata delle attese che l'ordine di accesso dei pazienti disponibili; è pertanto importante ricondurre ad una condizione di leggibilità questi fenomeni. E' necessario registrare gli eventi, prevedendo l'inserimento sul registro di un campo specifico per l'aggiunta di note scritte.

Ogni struttura erogatrice deve dotarsi di strumenti di informazione per gli utenti, che esplicitino i passaggi e gli interlocutori che intervengono nel processo che va dalla richiesta di ricovero al ricovero stesso, passando attraverso le fasi intermedie di prenotazione, permanenza in lista, contatti periodici per i pazienti con lunghe liste di attesa, chiamata finale. Per ciascun passaggio occorre definire chiaramente chi è preposto all'attività, le modalità e i tempi.

La presenza di un'unica modalità di accesso ai ricoveri all'interno della struttura contribuisce a rendere ulteriormente riconoscibile l'iter seguito dal paziente, riducendo la variabilità tra reparti.

I ricoveri medici diagnostici devono essere garantiti, sempre fatti salvi i criteri di appropriatezza d'uso delle risorse ospedaliere, entro un tempo massimo in ragione del sospetto diagnostico (griglia di patologie) facendo anche riferimento alle classi d'urgenza.

I ricoveri chirurgici programmati devono essere valutati dallo specialista chirurgo, ai fini dell'inserimento in lista.

L'inserimento dei pazienti nelle liste, la tenuta e la gestione delle stesse devono essere attuati a livello dipartimentale, secondo criteri che tengano conto della patologia, della sua gravità e dell'urgenza. Nelle liste va riportato il numero di inserimento del paziente, il nome del medico proponente, la patologia diagnosticata e le generalità del paziente, informando lo stesso sul numero di inserimento e sul tempo di attesa stimato. Le liste vanno inviate periodicamente in Direzione Sanitaria, insieme all'elenco dei pazienti iscritti che sono stati ricoverati; sarà la Direzione ad effettuare i dovuti controlli sulla gestione delle liste e fornire dati per il monitoraggio regionale.

La sperimentazione e incentivazione della ospedalizzazione domiciliare in definiti campi di attività, potrebbe contribuire a ridurre la entità della problematica.

### *B.2) I flussi informativi*

La data di prenotazione deve essere registrata fra le informazioni di accettazione che vanno a confluire sulla scheda di dimissione ospedaliera, quale campo obbligatorio a livello regionale. Anche se la rilevazione retrospettiva risente di problemi di tempestività e non permette di ottenere direttamente dati sul numero di pazienti in lista e sui fenomeni interni della lista, si ritiene che tale modalità sia semplice ed affidabile: il calcolo della differenza tra data di ammissione al ricovero e quella di prenotazione è sicuramente fattibile, e con questa modalità di campo della SDO è possibile anche stimare il numero di pazienti in lista nel caso in cui il volume di produzione non risulti particolarmente variabile (moltiplicazione tra numero di pazienti trattati in media al giorno e l'attesa media in giorni). Anche in questo caso si tratta di individuare poche salienti prestazioni sulle quali promuovere iniziative di miglioramento dei tempi di attesa. Le patologie e prestazioni svolte in regime di urgenza-emergenza sono chiaramente escluse in quanto devono essere effettuate in tempi compatibili con lo stato clinico del singolo paziente.

Per quanto riguarda il monitoraggio, vanno tenute sotto controllo:

- le prestazioni o ambiti le cui liste di prenotazione manifestano tempi di attesa superiori ad un valore limite fissato dalla Regione o ritenuto adeguato a livello nazionale
- le prestazioni o ambiti che la Regione o il livello nazionale ritiene ad alta complessità diagnostico terapeutica o di alto valore socio sanitario
- le prestazioni o ambiti connesse a percorsi diagnostico terapeutici di patologie sulle quali la Regione o il livello nazionale ha dichiarato di concentrare una particolare attenzione sulla tempestività di risposta

Le prestazioni selezionate per la Regione, anche in accordo con i riferimenti di indirizzo nazionali, sono indicate nella tabella riassuntiva, e materia di lavoro per il gruppo di lavoro regionale

**Tabella 6.3: Prestazioni selezionate per i monitoraggi di specialistica ambulatoriale e ricoveri**

Monitoraggio delle prestazioni specialistica ambulatoriale	Monitoraggio dei ricoveri
a) RMN della colonna, senza e con contrasto (88.93.1)	○ Artroprotesi d'anca per patologia non traumatica acuta (codici intervento 81.51, 81.52, 81.53) (ricovero ordinario)
b) TAC del capo, senza e con contrasto (87.03.1)	○ Artroscopia ((codici intervento 80.02) (day hospital)
c) Eco (color) doppler dei tronchi sovraortici (88.73.5), eco (color) dopplergrafia degli arti superiori, inferiori, distrettuale (88.77.2)	○ By pass aortocoronarico (codici intervento afferenti ai DRG 106 - 107) (ricovero ordinario)
d) Ecocolordopplergrafia cardiaca (88.72.3)	○ Cataratta (codici intervento afferenti ai DRG 39) (day hospital)
e) Elettromiografia (93.08.1)	○ Colecistectomia (codici intervento 51.52 – 51.23) (ricovero ordinario)
f) Mammografia bilaterale (87.37.1) (escluse quelle facenti parte di campagne di screening)	○ Chemioterapia (codici di diagnosi principale V58.1) (1°accesso) (day hospital)
g) Visita generale della branca di oncologia (89.7)	○ Radioterapia (codici di diagnosi principale V58.0) (1°accesso) (day hospital)
h) Visita generale della branca cardiologia (89.7)	○ Coronarografia (codici di intervento 88.55, 88.56, 88.57) (ricovero ordinario)
i) Visita oculistica (95.02)	
j) Esofagogastroduodenoscopia (45.13)	
k) Ecografia addome sup. (88.74.1) inf. (88.75.1) completo (88.76.1)	

**Tabella 6.4: Calendario di azioni nel triennio e principali responsabilità**

Anno	Azione	Titolarità
I	Delega a distretti e dipartimenti delle competenza gestionali necessarie per la qualificazione della domanda	Direzioni aziendali
	attivazione, in collaborazione con medici di base e staff aziendali degli strumenti per la qualificazione della domanda	Distretti
	regolazione dell'offerta sui bisogni del territorio	Dipartimenti
II	attivazione percorsi formativi ad hoc presso agenzie qualificate nel settore del governo clinico	Direzioni aziendali
	valutazione ostacoli potenziali ed elaborazione indirizzi correttivi	Direzione Regionale
	messa a regime del sistema di monitoraggio liste di attesa	Distretti e dipartimenti
III	messa a regime definitiva del sistema di qualificazione della domanda	Distretti
	valutazione risultati	Direzione Regionale

## **7.4 Rendere efficace, appropriata e sostenibile l'integrazione socio-sanitaria**

Il Piano affronta il tema della integrazione socio sanitaria:

- prendendo atto dell'evoluzione della normativa di settore (L 328/2000), dello sviluppo assunto nel Piano sociale regionale e nei Piani di zona dalla promozione dell'integrazione sociale e dagli interventi socio assistenziali, cui rimanda;
- individuando negli *effetti desocializzanti della "patologia"* il problema centrale di questo tema, strettamente connessi con gli *"effetti patologici della desocializzazione"*
- ricordando i limiti strutturali e l'eccesso di ricorso alle risposte istituzionalizzanti ed alla medicalizzazione; in particolare la residenzialità viene trattata come opzione da affiancare ad altre risposte a valenza non segregante, dati gli altri rischi di desocializzazione che essa comporta; in questo senso viene posto l'accento sulla necessità che ad ogni inserimento corrisponda un programma assistenziale personalizzato, che faccia leva sulla esplicitazione degli obiettivi riabilitativi, assegnando l'onere di quelli relativi alla fase intensiva alla sanità, ma prevedendo fin dalla fase della riabilitazione estensiva la corresponsabilizzazione del territorio al fine di garantire la praticabilità dei percorsi di risocializzazione;
- avendo consapevolezza che oltre alle delicate ed importanti questioni connesse con le responsabilità finanziarie, sono in agguato la deresponsabilizzazione dei cittadini rispetto ai doveri etici nei confronti di familiari e membri della collettività e la delega totale alle istituzioni, un percorso non sostenibile né auspicabile;
- assumendolo come terreno particolarmente fertile in termini di diseguità, stante la relazione tra svantaggio, emarginazione e danno tutta a carico di chi ha meno;
- prendendo ancora una volta atto della grande carenza di informazioni;

In questa prospettiva è passata in rassegna la normativa di settore, richiamate le caratteristiche degli strumenti di intervento e conoscitivi e declinati, per ciascuna delle principali aree di bisogno, obiettivi, requisiti dei percorsi assistenziali e tipologie dei servizi attivati, rimandano all'atto di indirizzo previsto dal DPCM del 14 febbraio 2001 in materia di integrazione socio sanitaria per le ulteriori specificazioni.

### **7.4.1 Cornice normativa e strumenti programmatici**

#### **A) L'integrazione a livello normativo**

In questi ultimi anni, dal punto di vista normativo si sono prodotti profondi mutamenti, provocati sia dalle riforme delle autonomie locali e del servizio sanitario che dalla costituzione dell'aziende e del sistema dei servizi sociali.

Per quanto riguarda l'integrazione socio sanitaria si passa da due sistemi paralleli (sanità /sociale), con forme di coordinamento affidate ad interventi normativi regionali (DGR 1907/1986, DGR 3100/1993, DGR 7813/1995) ed allo strumento della delega, a due macro settori, la sanità ed i servizi sociali come nuova articolazione del welfare, caratterizzati da autonomia sotto il profilo organizzativo, funzionale, professionale e finanziario.

In questo scenario l'integrazione si sposta dal livello del rapporto interistituzionale, fra azienda USL e Comune, a livello della programmazione territoriale (programma delle attività territoriali del distretto e Piano di zona) quale sede per definire, in modo condiviso e concertato, appropriati percorsi di benessere attraverso strategie di integrazione da costruirsi attorno alla persona che diventa il soggetto dell'integrazione socio-sanitaria, nell'ambito di procedure di valutazione e di progettazione personalizzata, come previsto dall'art. 2 del DPR 14 febbraio 2001.

In questo quadro gli indirizzi della programmazione regionale, nel riconfermare il valore strategico dell'integrazione socio sanitaria, affidano a questo approccio la risposta di qualità in quelle aree che riguardano la disabilità, la tutela materno infantile, la salute degli anziani, la salute mentale e la dipendenza, dove sono coinvolti sia aspetti sanitari che sociali, perché fin dall'inizio tali aspetti risultano inseparabili sia perché in alcune fasi dell'azione sanitaria si inseriscono problemi di natura sociale dalla cui soluzione dipende l'efficacia dell'intervento sanitario stesso. Per un consolidato storico presente nella azione amministrativa della Regione, nonché per la nuova norma nazionale che istituzionalizza una corresponsabilizzazione fra i due sistemi sottraendo questa materia a forme di discrezionalità, diviene possibile, nel nostro contesto, evitare rischi di frammentazione degli interventi, proprio nelle aree sopra richiamate.

Il quadro normativo nazionale<sup>1</sup> riafferma il principio dell'integrazione sociosanitaria, in sintonia con quanto espresso nella normativa regionale umbra (DGR 7813/95; artt. 39 e 40 della L.R. 3/97; art. 27 della L.R. 3/98; Punti 4.1.13 del Piano sanitario regionale 1999/2001; Punto 7 del Piano Sociale Regionale 2000/2002).

## B) La concertazione tra soggetti istituzionali

La Regione nel ridefinire gli obiettivi, le funzioni, i criteri di erogazione e di finanziamento delle prestazioni sociosanitarie, le modalità e i criteri dei progetti assistenziali personalizzati si avvale del metodo della concertazione:

- a livello istituzionale, così come previsto dall'art. 4 del DPCM 14 febbraio 2001, tramite la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale, che ha

---

<sup>1</sup> In particolare il D.Lgsvo 502/92 (con le modifiche apportate dal D.Lgsvo 229/99) definisce le aree di integrazione sociosanitaria, demandando all'apposito atto di indirizzo e coordinamento, la classificazione delle prestazioni sociosanitarie e la formulazione dei criteri per la ripartizione degli oneri tra risorse sanitarie e risorse sociali. Inoltre all'art.3 – quater, individua nel programma delle attività territoriali di ogni distretto, lo strumento per indirizzare i servizi e definire le risorse destinate all'integrazione socio sanitaria.

Analogamente a quanto previsto in materia di sanità dalla Legge n. 328 del 2000 all'art. 8 comma 3 lettera a) "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" ribadisce che le regioni, nel determinare gli ambiti territoriali, prevedono incentivi a favore dell'esercizio associato delle funzioni sociali in ambiti di norma coincidenti con i distretti sanitari (art.8 comma 3 lettera a). Agli artt. 14, 15 e 16, per quanto riguarda i disabili, gli anziani non autosufficienti e il sostegno per le responsabilità familiari, viene affermata l'esigenza di definire, dal punto di vista operativo, progetti integrati tra sanità e assistenza sociale. Infine il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003 stabilisce che nel piano di zona dei Comuni vanno individuate le soluzioni più idonee per unificare non solo l'accesso ai servizi sociali ma, più in generale, l'accesso al sistema dei servizi sociosanitari presenti nell'ambito del distretto tramite accordi operativi con l'azienda sanitaria., ai sensi dell'art. 3 quater del D.Lgsvo 502/92.

Per qualificare le scelte finalizzate all'integrazione socio sanitaria il Piano Nazionale Sociale afferma la necessità di garantire unitarietà al processo programmatico rendendo tra loro compatibili le scelte previste dal Programma delle attività territoriali del distretto e il Piano di zona dei comuni come indicato dall'art. 19 della Legge 328/2000.

Con l'entrata in vigore del DPCM 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio sanitaria" sono state individuate le stesse aree già indicate negli atti normativi e di programmazione regionale sanitaria e sociale. Il decreto introduce alcuni elementi di innovazione nel definire le prestazioni sociosanitarie, tra cui i criteri dell'appropriatezza, della modulazione di intensità e della complessità dei fattori produttivi, anche se non modifica, dal punto di vista organizzativo, quanto già viene previsto e in parte realizzato nelle aziende sanitarie della Regione: in particolare: la valutazione multidimensionale del bisogno, la predisposizione dei piani individualizzati di assistenza, l'approccio progettuale.

anche compiti di vigilanza e coordinamento sul rispetto delle indicazioni del DPCM da parte di ASL e comuni al fine di garantire uniformità di comportamento a livello territoriale;

- a livello istituzionale territoriale la concertazione si realizza attraverso il coinvolgimento degli organi consultivi previsti dalla normativa e dagli atti di indirizzo regionali. I soggetti protagonisti di tale concertazione sono i sindaci dei comuni di riferimento di Ambito e di sovra ambito territoriale che hanno come sede l'assemblea dei Sindaci di distretto/ distretti coinvolti; (art.18 L.R 3/1998)
- a livello tecnico professionale per le aree indicate dal decreto, la concertazione è affidata alle Strutture tecniche dei due sistemi deputate alla programmazione territoriale (distretto/ufficio di piano sociale di zona ) nonché ai tavoli di "coprogettazione", previsti dalla L. 328/2000, art 1 comma 5 e dall'Atto di indirizzo ai Comuni per la programmazione sociale di territorio condivisa di cui alla DGR 248/2002.

### C) Gli strumenti della programmazione regionale e locale

La definizione dei rapporti tra sociale e sanitario si colloca in una cornice normativa di riferimento molto connotata dal valore dell'integrazione, anche in presenza di un modello che prevede titolarità separate nell'esercizio di funzioni sociali e sanitarie (Comuni/Aziende USL) e separazione delle competenze finanziarie tra sistema sanitario e sociale. E' pertanto necessario che gli strumenti della programmazione regionale e locale siano utilizzati al fine di garantire l'integrazione socio-sanitaria.

A livello regionale l'unitarietà del processo programmatico è assicurata dalle scelte previste dagli atti della programmazione: Piano sanitario regionale, Piano sociale regionale nonché dall'atto di indirizzo che recepisce il DPCM del 14 febbraio 2001

A livello locale la convergenza delle scelte programmatiche si ottiene con la programmazione coordinata tra i diversi soggetti titolari delle funzioni: Aziende sanitarie locali e Comuni, attraverso i Piani attuativi locali, i Programmi delle attività territoriali e i Piani di zona che nelle aree di intervento socio sanitario debbono delineare strategie di organizzazione delle risorse su obiettivi condivisi.

Le Conferenze dei Sindaci nell'esprimere l'impostazione programmatica delle Aziende Sanitarie Locali dovranno esplicitare gli indirizzi per la promozione dell'integrazione tra le attività sanitarie e quelle dei servizi sociali dei Comuni sulla base di quanto indicato dagli atti di indirizzo regionali in materia.

*A livello di ambito/i territoriale/i e di distretto così come previsto: a) dalla DGR n. 248 del 6.03.2002 per quanto attiene agli ambiti e b) dal comma 3 art.3-quater del DLgs 502/92 per quanto riguarda il distretto, dovrà essere approvato il programma delle attività territoriali del distretto per la parte relativa all'integrazione socio-sanitaria che è assunto come parte integrante del Piano di zona.*

In assenza di delega da parte dei Comuni alle Aziende sanitarie di attività sociali a rilevanza sanitaria, gli Enti locali e le Aziende adottano appositi accordi di programma per le aree di attività di cui all'art. 31 della L.R. 3/97 e dall'art. 3 del DPCM 14 febbraio 2001.

Per quanto attiene alla gestione delegata si fa invece riferimento a quanto indicato nel punto 8.2.2 del Piano sociale regionale, dove è ribadito che "la gestione delegata trova invece la sua ragion d'essere in tutte quelle situazioni dove la natura dei problemi richiede un'elevata integrazione socio sanitaria e gli interventi sociali hanno piena efficacia solo se integrati con quelli sanitari, nell'ambito di un progetto integrato" e che lo strumento della delega, per coniugare

economie di scale e qualità sociale deve assumere i caratteri di una delega solidale, pluriennale e omogenea.

A livello di organizzazione aziendale di USL l'integrazione è garantita:

- a) dal punto di vista gestionale dal distretto quale ambito territoriale per la gestione e l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, delle prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai Comuni, prevedendo l'articolazione del servizio di assistenza sociale a livello territoriale.
- b) dal punto di vista funzionale dal Servizio di Assistenza sociale quale articolazione organizzativa dell'Azienda USL deputata al coordinamento tecnico per le prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, per le attività sanitarie a rilevanza sociale, nonché per le prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai comuni, nello specifico:
  - o proporre alla Direzione Aziendale azioni progettuali e indirizzi operativi per l'integrazione socio sanitaria;
  - o supportare la Direzione Aziendale e i distretti per la stipula di convenzioni e/o accordi di programma e/o protocolli di intesa nel campo dell'integrazione socio sanitaria;
  - o coordinare, sul piano tecnico, le prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate, le prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria e le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, gestite dai distretti, mediante la predisposizione di indirizzi operativi, standard di attività, criteri di valutazione e di interpretazione applicativa uniforme di norme nelle materie di competenza, in applicazione degli atti di indirizzo e coordinamento emanati a livello regionali;
  - o programmare, in collaborazione con lo staff e le altre articolazioni aziendali, le attività finalizzate alla formazione e all'aggiornamento del personale sociale;
  - o collaborare con il Dipartimento salute mentale, il Dipartimento delle Dipendenze, il Dipartimento materno infantile ed il Dipartimento della Riabilitazione per tutti gli aspetti collegati all'integrazione socio sanitaria.

Al Servizio di Assistenza sociale è preposto un responsabile con la funzione di Coordinatore dei Servizi sociali in conformità a quanto previsto dall'art. 40, commi 1 e 4 della L.R. 3/97 e dall'art. 3, comma 3, lettera c) della L.R. 3/98.

#### D) Costruire una base interpretativa omogenea

Nella concretizzazione di un percorso che si articoli senza soluzione di continuità dall'ambito sanitario a quello sociale un primo elemento è rappresentato dal definire un linguaggio comune, conciliando il modello medico con quello sociale nell'approccio alla integrazione.

Il Piano assume l'insufficiente definizione delle aree di offerta come un problema da superare nei tempi brevi e come causa della incompletezza, dispersione e non sistematicità delle informazioni disponibili. Di conseguenza si pone l'obiettivo di superare questa condizione di marasma informativo proponendo definizioni di servizi e strutture assistenziali e di fruitori dei percorsi personalizzati di assistenza, in modo da porre le basi per individuare i destinatari e quindi misurare gli esiti degli interventi erogati.

In questa direzione il Piano propone, accanto a budget di riferimento per le funzioni, tetti di prestazioni per le aree di intervento dell'integrazione collegati in termini di sostenibilità finanziaria; ambedue assumono il significato di indicazioni di lavoro, in quanto vogliono rappresentare



traccianti per i responsabili delle funzioni assistenziali, chiamati a dare la massima appropriatezza ai percorsi ed agli interventi dell'integrazione socio sanitaria, misurando sia gli assistiti presi in carico che i relativi costi.

## **7.4.2 Interventi a favore di anziani, materno infantile, disabili, salute mentale e dipendenze**

### **A) Anziani**

Il Piano declina le indicazioni relative alla integrazione socio sanitaria nell'area "Tutela della salute degli anziani" sulla base:

- a) degli obiettivi di salute, dove grande risalto assume il miglioramento dello stato di salute dei pz anziani, attraverso interventi rivolti a contrastare la disabilità;
- b) delle indicazioni generali sui modelli assistenziali, sulle interazioni programmate nel campo della promozione della salute, del governo della sanità e della riqualificazione dell'offerta, con particolare riferimento a quanto previsto in materia di:
  - o centralità delle equipe territoriali;
  - o percorsi assistenziali integrati tra territorio ed ospedale per la "long term care";
  - o governo clinico;
  - o riconversione dell'offerta ospedaliera anche tramite la riorganizzazione delle aree mediche negli ospedali di territorio in funzione della prevalenza di patologie cronico degenerative dell'anziano e della necessità di prevedere moduli di RSA a degenza breve negli stessi;
- c) del lungo percorso di riqualificazione dell'offerta residenziale attivato con il PSR 1999-2001 e sviluppato attraverso gli interventi normativi promossi nel triennio;
- d) della normativa nazionale in materia di integrazione socio sanitaria, nonché della normativa regionale in materia di tariffe per le residenze protette (DGR 391/2002).

### **A.1) I bisogni assistenziali e le risorse disponibili nel campo dell'integrazione socio sanitaria**

I bisogni assistenziali della popolazione anziana sono fondamentalmente condizionati dalla "fragilità" dei soggetti che necessitano, conseguentemente, di risposte *non limitate nel tempo* ed *integrate* tra di loro, garantendo adeguata continuità assistenziale tramite l'intervento di servizi diversi ma strettamente collegati (principio dei "servizi comunicanti").

Rimandando alla sezione 2 per gli aspetti demografici, epidemiologici nonché per le indicazioni fornite in tema di ICF, il Piano assume come riferimento, per il triennio di vigenza, le seguenti stime di bisogni assistenziali:

- 1) per l'assistenza domiciliare la presa in carico di almeno il 2,5% degli ultrasessantacinquenni;
- 2) per l'assistibilità a domicilio tramite assegno di cura, quale nuovo strumento opzionale alla istituzionalizzazione, una prevalenza di circa 800 pz ;
- 3) per la residenzialità in RP: una prevalenza quotidiana 1200 ospiti a carico del SSR secondo le modalità di seguito specificate;
- 4) per la residenzialità in RSA: una prevalenza quotidiana di 400 ospiti a carico del SSR da soddisfare tramite i moduli di RSA a degenza breve attivati negli ospedali di territorio.

**Tabella 6.5: dotazioni aziendali per interventi socio sanitari rivolti agli anziani**

Azienda USL	Assegni di cura	Posti in RP	Posti in RSA
ASL 1	120	180	60
ASL 2	280	420	140
ASL 3	180	270	90
ASL 4	220	330	110
<b>Totale</b>	<b>800</b>	<b>1200</b>	<b>400</b>

## A.2) Distretto, mmg e UVG nella qualificazione della domanda e nella regolazione dell'offerta

Nella prospettiva del Piano:

- a) il distretto è l'ambito organizzativo aziendale responsabile: della qualificazione della domanda, della regolazione dell'offerta dei servizi territoriali tra cui ovviamente si collocano l'ADI e i servizi residenziali per anziani nonché della messa a punto dei percorsi assistenziali per la long term care, cui contribuisce anche regolando le interazioni tra mmg, continuità assistenziale e ammissione – dimissione negli ospedali di territorio, nonché per le altre aree di prestazioni;
- b) il medico di medicina generale, anche nel quadro delle equipe territoriali e delle altre forme associative previste dalla vigente convenzione, ha la responsabilità della continuità assistenziale del cittadino;
- c) la UVG è lo strumento del distretto per la qualificazione della domanda, in quanto soggetto cui è delegata la valutazione multi professionale dei bisogni assistenziali degli anziani sul versante sociale e sanitario; in essa sono presenti competenze idonee per realizzare l'integrazione tra i servizi sanitari e quelli sociali impegnati nella cura e nell'assistenza dell'anziano non autosufficiente (team multiprofessionale<sup>1</sup>).

In questa cornice va sperimentata una “cartella clinica per l'anziano”, per la gestione delle informazioni nelle strutture residenziali, nonché per trasferire idoneamente nel territorio le indicazioni necessarie per garantire la migliore qualità di vita dell'utente.

---

<sup>1</sup> Il team multiprofessionale dell'UVG è costituito dal mmg, dal responsabile del centro di salute di riferimento, dal medico specialista in geriatria, il responsabile infermieristico dell'ADI, dall'assistente sociale e viene attivato, d'intesa tra mmg e responsabile del Centro di salute, sia a livello ospedaliero che territoriale. A questo nucleo base di operatori si aggiungono altre figure a seconda delle specifiche condizioni clinico assistenziali. Vanno sperimentate nel triennio immissioni nel team di figure a più spiccata competenza geriatria nel campo infermieristico e socio-assistenziale. Il team utilizza strumenti validati, a livello nazionale ed internazionale, per la valutazione multi dimensionale del paziente anziano fragile e dei suoi bisogni (comprehensive geriatric assessment) in modo tale da poter fornire, nel rispetto delle responsabilità assistenziali, indicazioni sulla risposta assistenziale e sulle integrazioni più opportune in base alle necessità del pz, svolgendo una preziosa funzione di consulenza sia per il mmg che per il case manager dell'ADI.

### **A.3) I servizi che concorrono all'integrazione socio sanitaria**

*A.3.1) Le "cure domiciliari":* le indicazioni sull'assistenza domiciliare integrata sono fornite nel paragrafo 6.6.1 del PSR.

*A.3.2) La residenzialità: Residenza Sanitaria Assistenziale, Residenza Protetta, Centro diurno semi residenziale*

Nell'ambito della progettualità futura ed in base alla valutazione del grado di non auto sufficienza è plausibile distinguere nella *residenzialità* 3 tipologie assistenziali per eterodipendenti: la Residenza Sanitaria Assistenziale, la Residenza Protetta ed i Centri Diurni.

#### A.3.2.1) La RSA

La Residenza Sanitaria Assistenziale viene di norma attivata all'interno degli ospedali di territorio e -per la missione territoriale - degli ospedali di emergenza delle ASL o nelle AO su accordo con le ASL competenti per territorio, prevedendo una degenza limitata (tre mesi) per una utenza costituita da pazienti portatori di patologie cronico degenerative, non curabili a domicilio e bisognosi di assistenza continuativa.

Come per l'ADI, è prevista l'introduzione di un sistema informatizzato per la valutazione e la pianificazione dei progetti assistenziali individuali.

La tipologia strutturale dovrà essere corrispondente alle direttive contenute nel DPR 14/1/1997 e al DPCM 22 dicembre 1989 ("realizzazione di RSA per anziani non autosufficienti e per soggetti affetti da menomazioni fisiche, psichiche e sensoriali"). In particolare dovrà essere garantita la idoneità degli standard dimensionali, la fruibilità degli spazi, la sicurezza e la riservatezza.

La RSA sarà a "degenza" limitata con elevato turn over degli ospiti che fruiranno di servizi volti a consentire loro il recupero delle funzioni perse o il completamento di cicli terapeutici, per essere poi inviati al proprio domicilio se pienamente ristabiliti o in carico, ma sempre al proprio domicilio, ai servizi territoriali o in strutture residenziali o semiresidenziali. Si potrà articolare per nuclei (con particolare riguardo all'istituzione di alcuni dedicati ai malati affetti da demenza di Alzheimer), offrendo un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa accompagnato da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera per soggetti non autosufficienti, non curabili a domicilio e portatori di patologie stabilizzate.

In linea di massima si può prevedere la seguente utilizzazione dei posti residenziali RSA:

- almeno il 80% sarà destinato a pz che dopo un evento acuto necessitano di un periodo di riabilitazione (paziente neurologico, cardiopatico, ortopedico, chirurgico, medico, ecc.) per una durata della degenza (di regola e previo parere della UVG) non superiore ai 60-90 giorni e che non possono essere assistiti con prestazioni erogabili a domicilio sostanzialmente per effettiva carenza del supporto informale o debbono completare cicli terapeutici;
- almeno il 10% sarà riservato a pz con necessità di osservazione medico infermieristica e tutelare in attesa di poter tornare al proprio domicilio dopo un evento acuto (es.: in relazione alla necessità di ristrutturare l'abitazione dopo eventi invalidanti), oppure a pazienti particolarmente pesanti da assistere che, gestiti abitualmente dai propri familiari, vengono anch'essi ospitati per un periodo limitato al fine di permettere un "riposo" a chi li assiste regolarmente (respite recovery) o garantire, in loro forzata assenza, un idoneo livello assistenziale;

- i restanti posti potranno essere riservati a pazienti non altrimenti curabili a domicilio (soli o con coniuge a rischio di perdita dell'autosufficienza) per patologie croniche non emendabili riacutizzate (insufficienza cardiaca, insufficienza respiratoria, alimentazione enterale o parenterale totale, sindrome da immobilizzazione irreversibile ecc.).
- circa il **5%** potrà essere destinato ai pazienti terminali fino a quando non sarà completato il progetto "hospice";

Tale stratificazione mira a garantire un adeguato ricambio dell'utenza, evitando che la RSA diventi un contenitore stagno non in grado di fare da "ponte" tra territorio ed ospedale.

Gli standard di personale già previsti dal PSR 1999-2001 sono assunti in questa sede come validi, prevedendo:

- che il personale medico impegnato nell'assistenza degli ospiti della RSA preveda la presenza di mmg e la consulenza di un medico specialista in geriatria;
- la opportunità di diversificare la presenza di personale di assistenza in figure infermieristiche cui è assegnata la responsabilità assistenziale e figure cui fanno capo specifiche funzioni da garantite tramite la previsione di una quota di OSS fino al 50%.

#### A.3.2.2.) Residenze Protette ed i Centri Diurni

Nella Residenza Protetta andranno ospitati pazienti cronici stabilizzati. L'accesso dovrà essere idoneamente regolamentato e governato, all'interno della rete dei servizi, dal distretto che, in questo caso, garantirà la trasparenza delle procedure, al fine di evitare situazioni di prevaricazione in un ambito dove malattia e disagio meritano il massimo delle garanzie istituzionali.

Nelle Residenze Protette la funzione di Direzione Sanitaria sarà, di norma, svolta da uno degli mmg, individuato sulla scorta di quanto dettato dalla normativa vigente, tra quelli che hanno assistiti nella struttura. Il Direttore del distretto curerà la attivazione, all'interno di queste strutture, dei medici della Continuità assistenziale, al fine di garantire la pronta disponibilità medica nelle giornate prefestive, festive e durante la notte.

Nel centro diurno ogni singolo medico sarà responsabile del proprio assistito durante il periodo di presa in carico. La configurazione dell'organico da adibire alle attività della Residenza Protetta e del Centro Diurno è definita prevedendo il rispetto degli standard del PSR 1999-2001, intenedendo con ciò che l'addetto all'assistenza coincide con la figura dell'OSS e che le Aziende possono partecipare alla spesa tramite una quota garantita in termini di prestazioni assistenziali. Nel corso del primo anno di vigenza del Piano sarà verificata la relazione tra bisogni e carichi assistenziali, con riferimento ad un modulo base di 20 p.l.

**Tabella 6-6: Prestazioni e criteri di finanziamento**

<b>AREA</b>	<b>PRESTAZIONI-FUNZIONI</b>	<b>FONTE LEGISLATIVA</b>	<b>CRITERI DI FINANZIAMENTO</b>
Residenzialità	Ospitalità a ciclo continuativo con prestazioni sanitarie, assistenziali ed alberghiere.	D.P.C.M. 14 Febbraio 2001	50% a carico del S.S.R. 50% a carico del Comune (salvo compartecipazione utente)
Semi residenzialità	Ospitalità a ciclo diurno con prestazioni sanitarie, assistenziali ed alberghiere.	D.P.C.M. 14 Febbraio 2001	50% a carico del S.S.R. 50% a carico del Comune (salva compartecipazione utente)

Domiciliarità	Medicina generale e specialistica Assistenza infermieristica e riabilitativa	D.P.C.M. 14 Febbraio 2001	100 % a carico del S.S.R. 100 % a carico del S.S.R
	Assistenza tutelare (aiuto diretto alla persona – escluso assegno di cura)		50% a carico del S.S.R. 50% a carico del Comune (salva compartecipazione utente)
	Aiuto domestico familiare		100 % a carico del Comune (salvo partecipazione utente)

#### A.4) Le relazioni tra ospedale e territorio nell'assistenza integrata al pz anziano

La storia naturale del paziente geriatrico è caratterizzata dalla alternanza di periodi di relativa stabilizzazione e di momenti di riacutizzazione e scompenso clinico, funzionale e spesso anche sociale. Per tale motivo lo stesso paziente necessita di un modello organizzativo integrato che garantisca la continuità assistenziale nei diversi momenti di “bisogno”: per le acuzie si rende spesso necessario il ricovero in ospedale (fase dell'ospedalizzazione) mentre nella fasi di relativa stabilità per la tutela della salute e per il massimo recupero funzionale è comunque necessaria l'assistenza da parte dei servizi territoriali (fase extraospedaliera). Questo presuppone l'intervento di più servizi e strutture configurando pertanto una “funzione assistenziale complessa”<sup>1</sup>.

Obiettivo generale di tutti i servizi che operano all'interno della assistenza continuativa è quello di ottenere il massimo recupero funzionale e, possibilmente, la restituzione del paziente al proprio contesto abitativo e/o familiare al fine di garantirgli la migliore qualità di vita.

Pertanto gli obiettivi specifici saranno individuati sulla base del ruolo che le singole strutture socio-sanitarie sono chiamate a svolgere all'interno del sistema della continuità assistenziale .

A livello ospedaliero è possibile individuare i seguenti obiettivi specifici :

- Ottimizzare le prestazioni sanitarie per l'anziano fragile acuto in regime di ricovero ospedaliero
- Ridurre il numero di giornate di degenza ospedaliera inappropriate attraverso la creazione di un servizio di dimissione programmata che abbia un collegamento funzionale istituzionalizzato con i servizi territoriali e con le RSA a degenza breve.
- Ridurre il numero di ricoveri inappropriate e di riospedalizzazioni.

Sul piano organizzativo questo comporta la progettazione e attivazione da parte delle equipe territoriali, d'intesa con il distretto, di un percorso per la dimissione programmata dei pazienti anziani bisognosi di AC, con utilizzazione di strumenti per la valutazione multidimensionale geriatrica, l'individuazione dei bisogni assistenziali e la definizione del piano individualizzato di intervento, anche in base alle indicazioni della consulenza geriatrica; il percorso è attivato su richiesta delle U.O. ospedaliere di degenza e prevede l'assegnazione al regime assistenziale idoneo per la fase post-acuta (ADI, RSA, RP, Riabilitazione), con una forte responsabilizzazione del mmg.

Infine sono necessari programmi di formazione continua del personale operante nei diversi setting assistenziali nonché corsi di formazione per familiari di anziani bisognosi di AC e per personale di assistenza non specializzato, italiano e straniero.

<sup>1</sup> Senin U. *Paziente anziano e paziente geriatrico: fondamenti di gerontologia e geriatria..* EdiSES, Napoli, 1999; pp 1-504; AA.VV. Linee Guida sull'utilizzazione della Valutazione multidimensionale per l'anziano fragile nella rete dei servizi. Giorn. Geront. 2001; 49:1-73.

### A.5) Valutazione

Nell'ambito del Patto per la salute degli anziani è istituito l'Osservatorio regionale sulla salute degli anziani, con funzioni di monitoraggio e valutazione delle politiche socio-sanitarie anche per gli aspetti relativi alla integrazione socio sanitaria ed ai servizi connessi.

La metodologia di valutazione e gestione dell'anziano in AC deve essere comune nei diversi setting assistenziali. Occorre attivare un archivio informatizzato degli anziani in regime di AC che produca informazioni epidemiologiche per l'Osservatorio sulla salute degli anziani e sulla funzione di AC agli anziani (flusso dei pazienti nei diversi setting assistenziali, valutazione dei risultati, analisi dei costi, etc.).

### B) Tutela materno-infantile

Il Piano prende atto della rete delle prestazioni e dei servizi esistenti in campo socio-sanitario per l'area della tutela materno infantile e punta a costruire una declinazione delle prestazioni che consenta di mantenere e sviluppare la rete dei servizi esistenti nei diversi Ambiti Territoriali della Regione.

Infatti la ridefinizione delle competenze avvenuta con la maturazione delle normative di settore potrebbe comportare, ove non governata politicamente, la disarticolazione dell'assetto funzionale esistente nell'area consultoriale, grazie alla perdita della effettiva integrazione del personale socio-assistenziale degli enti locali in tali ambiti operativi del SSR.

Si tratta perciò di attivare un processo controllato di riassegnazione di funzioni che non impoverisca l'area consultoriale, verificando in ogni distretto/zona l'effettiva possibilità di mantenere, in un quadro più definito rispetto al passato per le responsabilità finanziarie, livelli di unitarietà dell'offerta delle prestazioni, in particolare per alcune aree "critiche" di intervento, dove fino ad oggi è stato possibile rilevare una sovrapposizione delle competenze, piuttosto che un coordinamento delle attività ed un'integrazione progettuale, quali: la mediazione familiare, l'adozione e l'affido, l'abuso e alcune azioni di sostegno alla genitorialità. Anche in relazione a quanto detto, le ASL ed i Comuni sono chiamati ad impegnarsi a:

- 1) partecipare criteri e modalità di accesso agli interventi e prestazioni per i cittadini presenti nei rispettivi territori comunali;
- 2) definire specifici regolamenti – protocolli per garantire la trasparenza delle condizioni di assistibilità in relazione ai diversi interventi;
- 3) elaborare progetti integrati e protocolli operativi per le varie aree di intervento, in collaborazione con i tavoli tematici di progettazione previsti dal Piano di Zona;
- 4) definire criteri e modalità di valutazione dei processi di integrazione e dei risultati della stessa.

Con questa premessa, di seguito sono declinate le aree di prestazioni afferenti al finanziamento da parte del fondo sanitario regionale e definiti i costi complessivi che attualmente sono a carico delle Aziende Sanitarie e quelli a carico dei bilanci dei Comuni, rinviando al Piano Sociale per gli interventi socio assistenziali la cui titolarità fa capo ai comuni.

### A) Interventi sociali a rilievo sanitario e sanitari (titolarità del fondo sanitario regionale)

- a) Segretariato sociale per informazioni e consulenza al singolo e ai nuclei familiari: Le prestazioni riguardano attività con valenza generale e trasversale, essendo finalizzate ad una

prima valutazione ed orientamento della domanda-bisogno, nonché dell'organizzazione della risposta al bisogno stesso e comprendono:

- interventi d'informazione, educazione sanitaria, consulenza gestiti da professionalità sociali nell'ambito delle funzioni più complessive di tutela sanitaria della procreazione responsabile, gravidanza, maternità e della sessualità;
  - raccolta sistematica dei dati e delle informazioni;
  - promozioni di reti solidali anche ai fini della prevenzione dei rischi nel disagio sociale;
  - lettura del bisogno, definizione del problema e accompagnamento nell'attivazione dei successivi percorsi socio-sanitari.
- b) Assistenza di tipo consultoriale alla famiglia, alla maternità, ai minori attraverso prestazioni mediche, sociali, psicologiche, riabilitative.
- c) Attività assistenziali inerenti l'interruzione volontaria di gravidanza, attraverso prestazioni medico sociale psicologiche
- d) Protezione del minore in stato di abbandono e tutela della sua crescita anche attraverso affidamento e adozione, specificatamente per quanto attiene le prestazioni medico specialistiche, psicoterapeutiche, di indagine diagnostica sui minori, sulle famiglie adottive e affidatarie.
- e) Interventi di prevenzione, assistenza e recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abusi
- f) Tutela del disabile fisico psichico e sensoriale

## **B) Criteri di finanziamento degli interventi**

Partendo dalle tipologie di spesa preesistenti e dalla lettura delle prestazioni sociali e di quelle sanitarie, il Piano individua i seguenti criteri di finanziamento:

### **C) Disabili**

#### **C.1) La rete di intervento**

La persona disabile deve poter disporre di una rete di servizi/interventi che possa accompagnarla dall'insorgere della patologia invalidante alla riconquista della maggiore autonomia possibile nelle attività della vita quotidiana e della partecipazione sociale. Per rendere concreto questo obiettivo occorre costruire percorsi assistenziali integrati individuando le competenze istituzionali e finanziarie e identificando i livelli di azione nella rete:

- le porte di accesso
- i nodi decisionali
- i servizi e le strutture
- la metodologia di comunicazione

##### *C.1.1) Le porte di accesso alla rete*

Nella rete si prevedono delle "porte di accesso" ai diversi servizi sanitari, sociosanitari e sociali: le esigenze complesse di cura e riabilitazione della persona disabile sono indirizzate ai servizi socio-sanitari territorialmente competenti mentre le esigenze di tutela, sostegno, promozione e integrazione sociale hanno come riferimento la rete territoriale dei servizi socio-assistenziali di competenza dei Comuni. Le "porte di accesso" sono pertanto costituite:

- sul versante sanitario da:

- il centro di salute di residenza della persona disabile;
- i servizi specialistici competenti per la specifica disabilità.
- sul versante sociale, dall'*Ufficio della cittadinanza*, che, in quanto rivolto alla generalità dei cittadini, è luogo di osservazione, rilevazione e orientamento sulle questioni della disabilità e di connessione con gli altri servizi del territorio.

### C.1.2) I nodi decisionali della rete

I nodi decisionali della rete sono costituiti da servizi strutture e modelli operativi che individuano le attività di supporto alla persona disabile, nonché le risorse (pubbliche, del privato sociale e private) da utilizzare secondo criteri di appropriatezza. Il progetto di intervento deve porre al centro i bisogni della persona disabile e del suo sistema di relazioni.

#### C.1.2.1) Il Centro di Salute

Il centro di salute costituisce il primo livello di intervento integrato per affrontare le problematiche della persona disabile e della sua famiglia.

#A questo livello è attiva l'*équipe territoriale integrata* (con competenze sanitarie, sociali ed educative) che valuta la necessità della **presa in carico**, di concerto con la persona disabile e la sua famiglia, e organizza gli interventi attraverso la definizione di un progetto globale orientato ai seguenti principi:

- la valutazione multiprofessionale della situazione
- la condivisione del percorso progettuale da attivare e degli obiettivi da perseguire
- l'identificazione dell'impegno sociale e sanitario e l'individuazione delle fasi di diversa intensità assistenziale (intensiva, estensiva, lunga assistenza)
- la identificazione dell'operatore referente che, nelle diverse fasi attuative del progetto, facilita l'apporto integrato di tutte le componenti coinvolte.

L'*équipe territoriale integrata* è **titolare del progetto globale** ed è il punto di riferimento costante per la persona disabile e la sua famiglia ed è garante della **continuità della presa in carico**.

#Laddove la situazione si configuri come più complessa o si richiedano specifiche risorse assistenziali o coinvolgimenti di strutture distrettuali/aziendali che preludono ad un piano di aiuto, altrettanto complesso, l'*équipe territoriale* si avvale del supporto/consulenza della Unità Multidisciplinare di Valutazione delle persone disabili.

L'UMV disabili è un modello di lavoro interprofessionale funzionale a valenza distrettuale che, in presenza di bisogni complessi che necessitano della attivazione di molteplici risorse a diversi livelli, garantisce l'apporto sinergico delle distinte competenze (istituzionali, di servizio, professionali) e il collegamento organico tra il momento gestionale e quello di programmazione, destinazione e corretto utilizzo delle risorse a livello di distretto.

L'UMV disabili è quindi attivata a fronte di situazioni complesse per consolidare e orientare l'approccio globale e l'intervento unitario in favore della persona disabile. Essa è composta da un team stabile di operatori, a professionalità diversificate, costituito da operatori sanitari e sociali, come da DGR n. 3811 del 10.07.98, *che può essere integrato, d'intesa con i Comuni*, dall'assistente sociale afferente all'*équipe sociale* di Ambito territoriale come da DGR n. 248 del 6.03.02.

L'UMV disabili assicura le seguenti funzioni:

- valutazione dell'ipotesi progettuale elaborata dall'*équipe integrata territoriale*
- valutazione della congruità delle risorse da impegnare in riferimento agli obiettivi da raggiungere



- consulenza e supporto tecnico-scientifico agli operatori dei servizi territoriali e alle situazioni di particolare complessità: in questo caso è fatta la valutazione diretta dei casi di particolare difficoltà, anche con visite domiciliari, se necessario da parte dei componenti della UMV, ovviamente solo su casi particolari e su esigenza di conoscenza espressa dalla stessa UMV;
- verifica periodica del progetto personalizzato;
- parere tecnico per l'attivazione delle risorse necessarie all'attuazione del progetto;
- monitoraggio degli interventi;
- banca dati distrettuale relativa alle persone disabili prese in carico dai servizi territoriale, ai progetti attivati, alle risorse territoriali fruite e fruibili;
- collegamenti con le UMV minori e con le UVG al fine di garantire la continuità dei percorsi progettuali e di presa in carico
- collegamenti con il dipartimento salute mentale per la definizione e modalità di presa in carico delle "situazioni di confine"
- collegamenti interistituzionali per facilitare i diversi livelli di integrazione e la condivisione di programmi e protocolli di lavoro
- individuazione dei bisogni di aggiornamento e formazione degli operatori sui temi della disabilità.

Nel caso in cui la valutazione riguardi gravi disabilità, le UVM possono essere integrate con competenze esterne con comprovata esperienza nel settore.

### *C.1.3) I servizi e le strutture socio-sanitarie*

I presidi di riabilitazione extraospedaliera a ciclo diurno e/o continuativo (ex art. 26 legge 833/78) sono compresi nell'ambito della riabilitazione estensiva che prevede l'intervento sui soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali; erogano prestazioni a ciclo diurno e/o continuativo per il recupero funzionale e sociale. Intervengono nella fase immediatamente post-acuta (anche dopo la dimissione ospedaliera) attraverso l'offerta di tutela sanitaria finalizzata al recupero degli esiti derivanti da episodi acuti o di funzioni lese o menomate attraverso prestazioni residenziali a ciclo diurno o continuativo si articolano nelle seguenti tipologie:

- Centro socio-riabilitativo ed educativo diurno
- Centro socio-riabilitativo ed educativo residenziale (residenza protetta)

In questa ultima tipologia di struttura dovrebbero essere inseriti la maggior parte dei ricoverati attualmente ospiti negli istituti di ricovero e rieducazione funzionale ex art. 26 che si trovano ormai in fase di lungo assistenza (ricovero >2 anni). Pertanto le strutture che si occupano essenzialmente di lungoassistenza vanno riclassificate, alla luce del DPCM 14/2/01 ed in base ai requisiti previsti dal DPR 14/1/97 per accogliere entrambe le tipologie di utenti indicati nel DPCM 14/2/01 sia dove resta la compartecipazione a carico dell'utente e/o del Comune al 30%, che con compartecipazione al 60% quando privi di sostegno familiare. Il Piano riconduce pertanto a quest'ultima tipologia la comunità alloggio per disabili gravi, mentre le famiglie comunità per il "dopo di noi" sono invece strutture esclusivamente sociali<sup>1</sup>.

### *C.1.3.3) Assistenza domiciliare riabilitativa*

---

<sup>1</sup> Il Decreto 13 dicembre 2001 n. 470 "Regolamento concernente criteri e modalità per la concessione e l'erogazione di finanziamenti di cui all'art. 81 della legge 23 dicembre 2000 n. 388 in materia di interventi in favore dei soggetti con handicap grave privi dell'assistenza dei familiari" che ne fissa le caratteristiche, all'art. 6 stabilisce che debbano rispondere ai requisiti igienico sanitari previsti nei regolamenti comunali per le case di abitazione.

Con il termine domicilio si deve intendere il luogo dove la persona disabile in situazione di gravità - definita dall'art. 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 nonché accertata secondo le modalità di cui all'art. 4 della Legge medesima - abita, ivi compreso il gruppo appartamento .

In questo ambito possono essere individuate diverse tipologie di attività in relazione alla natura dell'intervento, alle caratteristiche della persona disabile e del progetto complessivo che lo riguarda:

*a) assistenza domiciliare con finalità assistenziale:* quando le attività domestico-domiciliari si integrano con le attività di cura della persona, la spesa relativa all'operatore addetto all'assistenza è posta a carico del Bilancio sanitario nella misura del 50%.

*b) assistenza domiciliare con finalità socio-riabilitativa ed educativa:* tali attività sono rivolte a persone con handicap o affette da disturbi psichici nell'ambito del più complessivo progetto terapeutico-riabilitativo o ergoterapico teso allo sviluppo delle capacità residue o al mantenimento dell'autonomia acquisita. La spesa dell'intervento ricade nella misura del 100% sul bilancio sanitario nella fase post acuta, mentre successivamente la spesa relativa all'operatore addetto all'assistenza è posta a carico del bilancio sanitario nella misura del 50%.

## C.2) Criteri di finanziamento e tariffe

Il decreto sui LEA ha definito alcuni criteri del finanziamento a carico del servizio sanitario o della persona disabile (con integrazione da parte dei comuni). I criteri di finanziamento tenendo conto delle indicazioni nazionali tengono conto del tipo di strutture da finanziare e della tipologia di intervento.

A livello delle strutture si distinguono:

1. le strutture sanitarie dove il finanziamento è a carico del sistema sanitario regionale;
2. Le strutture socio-sanitarie dove il finanziamento a carico del sistema sanitario o della persona disabile sono stabilite in percentuale e in base alla tipologia di intervento;
3. Le strutture socio-assistenziali dove il finanziamento è a carico dei comuni o della persona disabile.

## D) Salute Mentale

Recenti studi hanno evidenziato, confermando l'esperienza effettuata nei nostri servizi territoriali, che sia nei pazienti affetti da disturbi psichici gravi che frequentano strutture psichiatriche extraospedaliere (i più studiati) che in pazienti ospitati in strutture di degenza, risultano più spesso insoddisfatti i bisogni di tipo sociale e collegati ai problemi della vita quotidiana (prendere decisioni, lavoro, attività domestiche, gestione del denaro), mentre sono più facilmente soddisfatti i bisogni legati alla condizione psicopatologica. Altro elemento rilevante è che il profilo dei bisogni negli studi a lungo termine nei pazienti psicotici cronici, anche dopo la stabilizzazione del quadro clinico, può cambiare, il che dà rilevanza alla periodica rivalutazione dei bisogni di cura durante tutto il periodo della presa in carico.

Il soddisfacimento di bisogni sociali anche in fasi acute e precoci del trattamento psichiatrico, proprio al fine di impedire la chiusura del circuito tra cronicizzazione ed emarginazione, assegna rilevanza decisiva agli assi della residenzialità, lavoro e inserimento sociale, nonché all'obiettivo di

favorire la psichiatrizzazione dell'esistenza del paziente, restituendo ai vari attori la gestione delle problematiche specifiche e mettendo in rete risorse non psichiatriche<sup>1</sup>.

#### *D.1) Aspetti normativi*

Il DPCM 14/2/2001 torna nella sostanza ad affermare la stretta integrazione tra le azioni sanitarie e le azioni sociali per quanto attiene alla cura ed alla assistenza degli utenti affetti da patologie psichiatriche, a partire fin dalle prime fasi del processo assistenziale, anche se in realtà i criteri di ripartizione della spesa vanno poi a restringere l'ambito di tale integrazione. Infatti per quanto riguarda le strutture residenziali e semiresidenziali, in particolare per come esse sono descritte e classificate nella DCR 7/7/1997 n. 372 "Piano regionale di riorganizzazione dei servizi e delle attività di Tutela della Salute Mentale", si può affermare che le strutture nettamente riconducibili alla doppia dimensione della bassa intensità assistenziale e della lunga assistenza sono esclusivamente i Gruppi Appartamento; ad essi pertanto si applicano i criteri di finanziamento previsti nel DM 14/2/2001, che indicano per l'accoglienza in strutture a bassa intensità assistenziale, nella fase di lungo assistenza, la ripartizione della spesa tra ASL e Comuni secondo quote pari al 40% ed al 60%, fatta salva la eventuale compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale.

Tale ripartizione deve applicarsi, ma limitatamente a specifici programmi individuali, a pazienti accolti nelle SR a tipologia "Unità di Convivenza", qualora intervengano, in tali programmi, le condizioni di lungo assistenza e bassa intensità assistenziale.

I criteri di finanziamento per i programmi di assistenza domiciliare: ove questi abbiano valenza riabilitativa, sono per il 100% a carico della sanità, mentre se hanno carattere domestico – domiciliare a valenza sociale sono a carico dei comuni. La ripartizione degli oneri prevista dal DPCM sui LEA, rispettivamente del 40% e del 60%, è applicabile alle situazioni di reinserimento sociale e lavorativo nei casi di lungo assistenza.

#### *D.2) Informazioni sulle attività di integrazione socio sanitaria in Umbria*

# Le informazioni di cui disponiamo al momento<sup>2</sup> riguardano le strutture semiresidenziali e residenziali (SR) presenti in Umbria ed i pazienti "inseriti" in esse secondo le indicazioni dello studio Progress Fase I al 5.5.2000:

- le SR attive in Umbria al 31/3/2000) sono 41, per un totale di 382 posti letto e una media di 9,3 p.l. a struttura (range 4 – 40; dotazione regionale media 4,6 p.l. per 10.000 ab.); l'anno di apertura va dal 1972 al 1999, per l'85% è successivo al 1980 ed per il 54% al 1990; la gestione è per lo più diretta (40%) o mista (29%), mentre il privato no profit ne gestisce il 24% e quello for profit il 7%; la copertura notturna è garantita nel 61 % di esse, mentre nel 51% di esse gli operatori sono sempre presenti nelle 24 h.; il 17% delle SR ospita anche pz acuti. Tutte le SR (meno una a finanziamento misto pubblico - privato) sono attive grazie

---

<sup>1</sup> Vedi Progetto obiettivo nazionale 1998-2000 "Tutela della salute mentale" e DCR 767/2001 "Promozione e tutela della salute mentale"

<sup>2</sup> Le informazioni di cui non disponiamo -e quindi da acquisire - riguardano, tra le altre:

- numero e principali caratteristiche socio-sanitarie (nazionalità, residenza, diagnosi, etc):
  - o dei cittadini seguiti dai nostri servizi di salute mentale per i quali è stato formulato un Piano socio riabilitativo personalizzato che comprenda una offerta di interventi socio assistenziali a rilievo sanitario e rispondente alle indicazioni metodologiche sopra riportate, comprensivi degli inserimenti nei gruppi appartamento e nei programmi di formazione lavoro;
  - o dei pz umbri, in trattamento fuori regione, anche in relazione alla presenza di un piano terapeutico riabilitativo personalizzato di costo ed qualità documentati
- durata media di presa in carico;
- costo medio per giornata di assistenza per tipologia assistenziale nel 2001;
- valutazioni di esito emerse dal follow up del pz, sia in relazione ai servizi residenziali e semiresidenziali che rispetto ai percorsi socio riabilitativi sul territorio;
- presenza di liste di attesa.

al finanziamento del SSN e la partecipazione alla spesa da parte dei pz ospitati è assente nel 61% delle SR, mentre interessa alcuni o tutti i pz nelle altre;

- i pazienti ospitati alla data della rilevazione erano 335, con un numero medio di pz per SR pari a 8,1 ed un tasso di occupazione dei p.l. pari a 88%; di questi, il 76% sono pz psichiatrici senza problemi di alcool, sostanze o ritardo mentale, 11% sono pz psichiatrici con problemi di alcool o sostanze e l'11,6% ha problemi di ritardo mentale. Il 12% dei pz ha 60 anni o più, il 3% 20 anni o meno ed il 49% ha tra 40 e 59 anni.

#Per quanto riguarda i programmi riabilitativi individuali svolti in Assistenza Domiciliare e per gli inserimenti lavorativi disponiamo di dati parziali.

### *D.3) Obiettivi del triennio*

Ricordando che spetta ai Piani di zona la creazione di condizioni che consentano e sviluppino quanto delineato nella DCR 10 gennaio 2000, n 767 e nel DPR 10 novembre 1999 e cioè l'uso di risorse per progetti e strutture da realizzare in collaborazione con ASL e DSM, sugli assi riabilitativi: casa, lavoro, rete sociale, per gli interventi connessi con l'integrazione socio- sanitaria si pongono nel triennio i seguenti obiettivi:

- valutare l'appropriatezza delle modalità di valutazione dei bisogni sociali dei pazienti psichiatrici;
- migliorare la definizione dei percorsi di cura dei pazienti affetti da patologie mentali gravi;
- verificare la qualità dei programmi socio - riabilitativi che comportino accesso alle SR, ai gruppi appartamento, ai programmi di assistenza domiciliare ed ai programmi di formazione-inserimento lavorativo, anche in relazione alle variabili definite nel capitolo sul governo clinico;
- definire linee guida per la appropriatezza di utilizzo delle diverse risposte residenziali, dei programmi di assistenza domiciliare e di inserimento lavorativo;
- verificare le condizioni assistenziali in cui si trovano i cittadini residenti in Umbria ospitati presso strutture extraregionali;
- definire i requisiti per l'accreditamento delle strutture residenziali e semiresidenziali, dei programmi di assistenza domiciliare e dei programmi di formazione lavoro;
- definire le competenze, i percorsi formativi, le metodologie di supervisione necessari nelle SR e nelle altre attività di integrazione sociosanitaria;
- garantire una prevalenza di pz residenti in Umbria in trattamento presso SR (esclusi i gruppi appartamento) pari a 5 pz ogni 10.000 abitanti;
- garantire una prevalenza di pz residenti in Umbria in trattamento presso gruppi appartamento pari a 1 pz ogni 10.000 abitanti;
- garantire una prevalenza di soggetti inseriti nei programmi di formazione - inserimento lavorativo pari a 1 pz ogni 10.000 abitanti.
- valutare gli esiti clinici e sociali delle attività ad integrazione socio sanitaria;
- rivalutazione delle tariffe tramite analisi dei costi effettivi;
- regolamentare l'utilizzo delle risorse economiche personali dei pazienti, ospiti o utenti di programmi presso strutture residenziali e semiresidenziali, o di assistenza domiciliare, sotto forma di partecipazione alla spesa per alcune definite componenti dei costi delle strutture e dei servizi stessi.

### *D.4) Criteri per la definizione dei percorsi assistenziali integrati*

La valutazione dei bisogni individuali ai fini della "presa in carico e la risposta ai bisogni di tutte le persone malate o comunque portatrici di una domanda di intervento" da garantire attraverso "la formulazione di piani terapeutico-preventivi o piani terapeutico-riabilitativi personalizzati"

rappresenta una funzione assegnata ai DSM dalle indicazioni di politica sanitaria nazionali e regionali; metodologicamente questa prevede una sequenza operativa che comprende:

- La valutazione delle necessità dell'utente
- Lo sviluppo di un piano di servizi individualizzato
- Una corretta erogazione del servizio
- Il monitoraggio del servizio fornito
- La valutazione degli effetti del servizio sull'utente

Le aree di bisogni in genere valutate riguardano, oltre alla condizione psicopatologica, le condizioni abitative, occupazionali, finanziarie, e quelle eventuali di stress psicologico, l'istruzione, la salute fisica, le abilità di base e quelle connesse con le attività della vita quotidiana, le relazioni familiari, la rete sociale di riferimento, l'uso di alcolici o sostanze.

Come risulta dalla totalità degli studi descrittivi disponibili, sono i pazienti affetti da disturbi psichici gravi che più frequentemente necessitano dell'attivazione, da parte dei CSM, di programmi complessi, composti cioè da più interventi sia di tipo trattamentale, che di tipo riabilitativo psicosociale e che si configurano pertanto come alti utilizzatori delle attività e risposte di seguito descritte.

#### *D.5) Servizi e strutture socio sanitarie*

##### *D.5.1) Strutture intermedie residenziali e semiresidenziali <sup>1</sup>*

La tabella 6.9 riporta la tipologia delle strutture intermedie residenziali e semiresidenziali adottata dal PSR.

**Tabella 6.9: tipologia delle strutture intermedie residenziali e semiresidenziali**

Comunità terapeutico-riabilitativa di tipo 1	<p>E' destinata ad utenti caratterizzati da patologie mentali gravi e stabilizzate, assenza di contesti personali utilizzabili, lunga storia di malattia, alta utilizzazione del SPDC, o di altre strutture di ricovero, basso livello di autonomia, scarse abilità relazionali ed operative, che hanno bisogno di risposte terapeutiche a bisogni primari, all'interno di progetti complessivi di cura che necessitano dell'assistenza per lo svolgimento delle attività di vita quotidiana. La presenza continuativa del personale nelle 24 ore, permette agli utenti di riapprendere, attraverso operazioni concrete, capacità semplici di uso di oggetti, di spazi e tempi individuali e di gruppo.</p> <p>In tali strutture si prevede anche lo svolgimento di una serie di attività esterne alla residenza, in articolazione non solo con altre strutture dipartimentali, ma anche con altri soggetti istituzionali e sociali, utili al processo di integrazione sociale degli utenti.</p>
Comunità terapeutico-riabilitativa di tipo 2	<p>E' destinata ad utenti caratterizzati da patologie mentali gravi, giovane età, recente storia di malattia, necessità di allontanamento dal contesto di origine per favorire programmi di cura e riabilitazione. La finalità del trattamento è il recupero di competenze individuali e di funzionali livelli di autonomia, in stretta integrazione con i programmi individualizzati di cura che prevedono - accanto alla residenzialità, con presenza continuativa del personale nelle 24 ore - anche momenti di articolazione con attività diurne svolte nei centri semiresidenziali, oltre che trattamenti specifici presso i servizi di salute mentale.</p>

<sup>1</sup> Fonti: DPR 7 aprile 1994; DCR 7/7/1997 n.372 "Piano regionale di riorganizzazione dei servizi e delle attività di Tutela della Salute Mentale"; DPR 14 gennaio 1997; DGR 19/9/97 n. 7404 "Atto di indirizzo e coordinamento alle Aziende USL della regione per la determinazione delle rette di strutture psichiatriche residenziali e semiresidenziali a gestione privata"; DPR 10 ottobre 1999 "P.O. Tutela della salute mentale 1998-2000"

	<p>In tali strutture si prevede anche lo svolgimento di una serie di attività esterne alla residenza, in articolazione non solo con altre strutture dipartimentali, ma anche con altri soggetti istituzionali e sociali, utili al processo di integrazione sociale degli utenti.</p>
	<p>La dimissione dalle residenze può dar luogo al pieno reinserimento nell'abituale ambiente di vita, oppure all'ammissione in altre strutture a minore livello di protezione, per completare e rafforzare il percorso terapeutico-riabilitativo.</p>
<p>Unità di convivenza</p>	<p>Tali strutture, sono destinate sia ad utenti giovani con bisogni di sostegno emotivo in fasi particolari del trattamento individuale, che ad utenti con più lunga storia di malattia con bisogni prevalenti di risocializzazione. Utenti con bisogno di assistenza non continuativa nelle 24 ore.</p> <p>La presenza del personale è finalizzata a sostenere l'utente, negli orari in cui si compiono atti quotidiani significativi per la gestione della giornata, come ad esempio i pasti principali, l'avvio quotidiano di attività esterne, sia lavorative che all'interno di strutture semiresidenziali dipartimentali, con cui la residenza si articola funzionalmente.</p>
<p>Gruppo appartamento</p>	<p>E' riservata ad utenti con disturbi cronicizzati, ma con conservate, o recuperate, capacità di autogestione individuale. La presenza di personale è finalizzata al sostegno degli utenti in orari particolari della giornata, per il soddisfacimento di bisogni specifici, legati ai momenti di vita comunitaria nella residenza. La funzione/attività prevalente è di risocializzazione.</p>
<p>Centro di Accoglienza Diurna</p>	<p>E' destinato a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pazienti adulti, di età compresa tra i 18 ed i 30 anni, con grave patologia psichiatrica (sindromi psicotiche, disturbi di personalità), con storia recente di malattia.</li> <li>• pazienti aventi le medesime caratteristiche, dal punto di vista psicopatologico, descritte sopra, ma di età più avanzata e con lunga storia di malattia;</li> <li>• pazienti che, indipendentemente dalle loro caratteristiche cliniche o di storia di malattia, possano giovare di specifiche attività, o programmi in vigore nei centri, compatibilmente con la recettività di questi ultimi.</li> </ul> <p>Vi si svolge:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-attività valutativo-diagnostica sia relativa agli aspetti psicopatologici, che alle abilità sociali, relazionali, lavorative, ecc. del paziente, che alle caratteristiche peculiari dei contesti di provenienza e delle loro risorse, in integrazione e coordinamento con la attività valutativa svolta dal servizio inviante;</li> <li>-attività di progettazione e realizzazione di programmi riabilitativi personalizzati, coordinati con i programmi di terapia individuale sia di tipo psicofarmacologico, che psicoterapico, svolti presso il servizio inviante;</li> <li>-attività di accoglienza alternativa a misure di ricovero ospedaliero, sia nel senso dell'evitamento di tale misura, che nel senso della abbreviazione del periodo di ricovero, per pazienti in carico, in collaborazione con i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura;</li> <li>-attività di accoglienza, in collaborazione con strutture residenziali, per la realizzazione di programmi specifici, in sostegno all'inserimento dei pazienti nella struttura residenziale.</li> </ul>

#### *D.5.2) Assistenza domiciliare*

Si caratterizza come intervento unitario e globale, integrato con le attività sanitarie, che è svolto presso il domicilio dell'utente, destinato ad utenti in carico ai Centri di Salute Mentale che necessitano di interventi assistenziali e riabilitativi individuali.

Svolgono in genere tale attività operatori del privato sociale.

Ha la finalità di promuovere l'inserimento nella vita di relazione, il recupero delle autonomie personali e delle capacità relazionali, il mantenimento delle abilità cognitive, operative e relazionali già raggiunte, garantendo la possibilità per l'utente di rimanere nel proprio contesto di vita di origine, evitando il ricorso a soluzioni maggiormente impegnative come la residenzialità, o l'inserimento in Centri Diurni.

Comprende:

- Interventi centrati sull'individuo ed il suo spazio abitativo: aiuto e promozione della autonomia nella cura di sé, e nel governo della casa, ecc.
- Interventi volti a favorire la socializzazione e l'integrazione: frequenza di luoghi in cui si svolgono attività ricreative, culturali, di aggregazione sociale, lavorativi ecc.
- Interventi di aiuto e di sostegno alla famiglia.

Si svolge presso il domicilio dell'utente, in tutti gli ambiti sociali utili al processo riabilitativo e di risocializzazione.

Tali interventi possono rendersi necessari nel breve, medio, e lungo termine.

Il progetto è elaborato dal sanitario che ha in carico l'utente e dagli altri componenti dell'équipe territoriale del Centro di Salute Mentale.

#### *D.5.3) Programmi di formazione e inserimento lavorativo*

Esistono, a questo proposito, diverse esperienze sviluppatasi nel tempo nelle diverse ASL della nostra regione, in particolare esiste un modello di servizio di inserimento al lavoro già da tempo avviato presso la AUSL n. 1. A fronte di questo, si può affermare che però non tutti gli utenti che possono usufruire positivamente di tali programmi abbiano reali possibilità di accedere ad essi a causa della scarsità di opportunità disponibili e della rigidità delle soluzioni.

Sono infatti ancora troppo limitati gli ambiti ed i soggetti disponibili ad effettuare inserimenti, troppo poco diversificati i settori di attività, rispetto alle esigenze di personalizzare l'inserimento a seconda delle caratteristiche, del grado di istruzione, delle aspettative degli utenti.

E' indicativo che la modalità principale con cui è realizzato l'inserimento lavorativo è attraverso Borse Lavoro finanziate dai Comuni direttamente, od indirettamente attraverso la ASL.

Gli ambiti di inserimento più rappresentati sono le Cooperative Sociali e gli Enti pubblici, ad eccezione del territorio della AUSL n. 1 dove gli inserimenti avvengono in via maggioritaria presso imprese private.

Non sembra ancora sostanzialmente percorribile per i portatori di queste fasce di bisogni il passaggio da esperienze formative ad esperienze di inserimento lavorativo via via meno protette, fino all'inserimento in cooperative, od imprese, in modo corrispondente al percorso di riabilitazione ed all'acquisizione di competenze realizzati, oltre che alle potenzialità di ciascun utente.

Per coloro che hanno un'invalidità civile riconosciuta non sono ancora accessibili le soluzioni consentite dalle leggi sul collocamento obbligatorio.

Lo scenario auspicabile comprende quindi l'attivazione di:

- punto/i di riferimento visibile nel territorio per gli utenti portatori di tali bisogni e per i servizi inviati;
- un servizio/una attività di intermediazione lavorativa coordinati con i servizi sociali e sanitari che collabori con essi per la individuazione di opportunità formative e lavorative, che maturi competenze relative alla valutazione delle abilità, all'accompagnamento al lavoro dei singoli utenti, al supporto alle aziende stesse nel corso dei programmi di inserimento;
- un efficace coordinamento tra le istituzioni, in particolare una forte integrazione con la Provincia e con i Centri per l'impiego;
- un tavolo stabile con la presenza di tutti i soggetti attivi nelle pratiche di inclusione lavorativa in modo da superare gradatamente la frammentazione negli interventi e nell'uso delle risorse;
- promozione di programmi di sensibilizzazione ed informazione sui risultati e le potenzialità degli interventi di inclusione lavorativa per istituzioni pubbliche ed imprese.

## E) Dipendenze

Il nuovo sistema di interventi e di servizi si prefigge i seguenti obiettivi di salute:

- Aumentare la percentuale di consumatori in contatto con il sistema di assistenza e ridurre la durata d'uso delle sostanze prima del contatto.
- Potenziare l'offerta di tutte le prestazioni terapeutiche-riabilitative e socio-riabilitative riconosciute valide al fine della tutela della salute delle persone con uso/abuso/dipendenza da sostanze stupefacenti.
- Ridurre i processi di esclusione sociale e di emarginazione delle persone dedite all'uso di sostanze stupefacenti.
- Garantire pari opportunità di trattamento e di continuità terapeutica-riabilitativa a tutte le persone con uso/abuso/dipendenza da sostanze legali e da sostanze illegali.

### E.1) Assetto organizzativo- funzionale e requisiti

Proponendosi quale nuovo sistema di interventi e di servizi più articolato ed aderente sia alle specificità dei bisogni dell'utenza, sia all'evoluzione degli approcci operativi attraverso l'offerta completa di prestazioni che vanno dalla bassa alla alta soglia, è articolato in:

#### E.1.1) Area pedagogica-riabilitativa:

**Servizio pedagogico riabilitativo residenziale:** è una struttura che offre, ad utenti, italiani e stranieri che non assumono sostanze d'abuso e non hanno in corso trattamenti farmacologici specifici per la dipendenza da sostanze d'abuso, metodologie di tipo pedagogico con finalità esplicitamente descritte nel programma, con la possibilità di coinvolgimento del nucleo familiare. Il servizio pedagogico-riabilitativo, previo accordo con il Ser.T, può prevedere anche l'offerta di moduli di accoglienza per utenti in trattamento farmacologico sostitutivo in via di risoluzione.

#### E.1.2) Area terapeutica-riabilitativa:

**Servizio terapeutico – riabilitativo:** è una struttura che offre, ad utenti, italiani e stranieri, che non assumono <sup>1</sup> sostanze d'abuso e ad utenti, se ritenuti idonei al programma, sottoposti a trattamenti farmacologici specifici per la dipendenza da sostanze d'abuso (metadone o altri farmaci). programmi terapeutici e riabilitativi, individuali e di gruppo dettagliatamente descritti nel programma riabilitativo con possibilità di estensione al nucleo familiare dell'utente.

#### E.1.3) Area specialistica residenziale:

**Servizio specialistico residenziale comorbilità psichiatrica:** è una struttura che offre, ad utenti, italiani e stranieri, dipendenti da sostanze d'abuso e con una storia pregressa di gravi disturbi psichiatrici che si

---

<sup>1</sup> al momento della presa in carico.



manifestano o meno al momento dell'inserimento, utenti inviati dai SerT di residenza previa formulazione o conferma della diagnosi psichiatrica effettuata dal Servizio di salute mentale di residenza, proposte terapeutiche e riabilitative individuali e di gruppo dettagliatamente descritte nel programma riabilitativo con possibilità di estensione al nucleo familiare dell'utente.

**Servizio specialistico per persone dipendenti da sostanze d'abuso con figli minori:** è una struttura che offre, ad utenti, italiani e stranieri, dipendenti da sostanze d'abuso con figli minori o in attesa di un figlio, programmi di superamento della tossicodipendenza unitamente ad interventi volti all'apprendimento e consolidamento del ruolo genitoriale. La retta per i figli minori è carico del sociale.

**Servizio terapeutico riabilitativo per persone con problemi alcolcorrelati:** accoglie persone maggiorenti, italiane e straniere, con problematiche legate all'uso problematico o alla dipendenza alcolica, senza disturbi psichiatrici gravi, anche in trattamento farmacologico. Offre interventi terapeutici e riabilitativi, individuali e di gruppo personalizzati con relativo monitoraggio delle condizioni psicofisiche dell'utente. La struttura residenziale per alcolodipendenti è organizzata per svolgere progetti caratterizzati dalla condivisione e dal consolidamento dell'astinenza alcolica associati ad attività riabilitative anche attraverso il coinvolgimento del nucleo familiare dell'utente. Gli utenti partecipano inoltre in modo attivo alla vita del Centro svolgendo attività quotidiane di cura del Centro (come cucina, pulizia ed attività varie, assumendosi piccole responsabilità per la gestione di tali mansioni.

#### *E.1.4) Area intermedia a bassa soglia di accesso:*

**Servizio intermedio residenziale e semiresidenziale a bassa soglia d'accesso:** struttura che offre un'accoglienza non selezionata ad utenti<sup>1</sup>, italiani e stranieri, consumatori attivi di sostanze illegali in condizioni di forte disagio psico-fisico-sociale., indipendentemente dalla loro decisione di accettare nell'immediato un programma di superamento della tossicodipendenza.

**Unità di strada:** si caratterizza come unità mobile che offre ad utenti, italiani e stranieri, in fase attiva di assunzione, e/o ad altri gruppi di popolazione, non afferenti ai servizi socio-sanitari, prestazioni e servizi atti a ridurre i danni ed i rischi individuali e collettivi che l'uso di droghe e le situazioni di marginalità e di disagio ad esse correlate procurano in campo sociale e sanitario<sup>2</sup>.

#### *E.1.5) Area di accoglienza:*

**Servizio di accoglienza diagnostica residenziale:** Il Servizio di accoglienza diagnostica residenziale (SADR) è una struttura residenziale che offre ad utenti, italiani e stranieri, che hanno in corso trattamenti farmacologici specifici per la dipendenza da sostanze d'abuso, attività di orientamento diagnostico propedeutiche alla definizione di un programma terapeutico-riabilitativo. con la possibilità di coinvolgimento del nucleo familiare.

### *E.2) Requisiti strutturali e funzionali*

Rispetto alle strutture ed ai servizi sopra elencati, di seguiti sono presentati:

- o i requisiti strutturali e funzionali comuni a tutti i servizi;

---

<sup>1</sup> L'Atto di indirizzo programmatico "Riduzione del danno da dipendenze" (DCR 10 gennaio 2000, n.767) indica alcune tipologie di destinatari (lista solo orientativa da adattare alla singola realtà territoriale);

- persone tossicodipendenti attive e/o con problematiche relative all'uso/abuso di alcool e/o di psicofarmaci;
- persone con lunga storia di tossicodipendenza e con tappe di riabilitazione fallimentari;
- persone tossicodipendenti attive che, in mancanza di condizioni minime di sopravvivenza non sono in grado di interrogarsi sulle proprie scelte, né avviare al momento percorsi di cambiamento;
- persone tossicodipendenti italiane e stranieri che escono dal carcere e che non dispongono al momento di altre risorse; persone che si prostituiscono per procurarsi le sostanze; extracomunitari coinvolti nella tossicodipendenza/alcolodipendenza senza assistenza socio-sanitaria.

<sup>2</sup> L'atto di indirizzo regionale di cui all'art 4 del DPCM del febbraio 2001 in materia di integrazione socio sanitaria definirà le modalità di finanziamento per le attività di questo servizio.

- i requisiti specifici e differenziati per servizio sono indicati all'interno della presentazione dei singoli servizi.

Con specifica DGR per ogni tipologia di servizio sono stabiliti: definizione, finalità, durata del programma, soglia, capacità ricettiva, prestazioni, requisiti di personale, range retta per tipologia (residenziale o semiresidenziale)

*E.2.1) Requisiti strutturali minimi e funzionali comuni a tutte le aree e servizi compresi nel "nuovo sistema di interventi e di servizi nel campo delle dipendenze"*

#### E.2.1.1) Requisiti minimi

# I servizi residenziali e semiresidenziali devono garantire i seguenti **requisiti minimi**:

- locali e servizi igienici adeguati al numero degli ospiti;
- locali per pranzo e soggiorno commisurati al numero degli ospiti della sede operativa, con relativi servizi igienici;
- locali per cucina e dispensa adeguati al numero degli ospiti della sede operativa;
- locali e servizi per il responsabile delle strutture e per gli operatori;
- locali per attività adeguate al numero dei posti ed alle modalità di intervento previste nel progetto riabilitativo.

La strutture residenziali devono inoltre garantire i seguenti requisiti:

- camere da letto con non più di 6 posti;
- lavanderia e guardaroba adeguati al numero degli ospiti.

Tutti i locali devono essere adeguatamente arredati, favorendo anche la personalizzazione dello spazio fisico, compatibilmente con il progetto riabilitativo.

#### E.2.1.2) Requisiti funzionali.

L'organizzazione interna del servizio deve essere svolta in conformità al programma e al regolamento e oltre al rispetto delle leggi, deve prevedere l'esclusione di ogni forma di coercizione fisica, psichica e morale garantendo la volontarietà dell'accesso e della permanenza.

La struttura:

- è autorizzata al funzionamento;
- per ogni attività prevista e proposta è previsto il consenso libero ed informato;
- garantisce il rispetto della legge sulla Privacy n. 675 del 1996;
- lavora in rete con le strutture del territorio;
- prevede l'apertura e l'aggiornamento di una cartella individuale che riporta tutte le informazioni utili e significative riguardanti l'utente;
- prevede un follow-up sugli esiti del trattamento a tempi ed intervalli congrui con la storia ed il percorso soggettivo della persona;
- presenta una documentata attività di miglioramento della qualità del servizio;
- prevede un regolamento interno in cui sono descritti i diritti e gli obblighi che l'utente assume con l'accettazione del programma di assistenza, le regole di vita comunitaria con particolare riguardo alle norme comportamentali degli operatori e degli utenti e al loro eventuale utilizzo nelle attività quotidiane e nella tutela degli aspetti igienico-sanitari;
- gestisce ed aggiorna un registro giornaliero degli utenti;
- descrive il programma offerto in un documento scritto che esplicita i principi ispiratori, la metodologia degli interventi, la definizione delle fasi e dei tempi complessivi di svolgimento, la descrizione delle prestazioni svolte, la definizione dei ruoli e delle responsabilità dei soggetti coinvolti, le modalità di relazione con i familiari, le misure

intraprese ai fini della tutela della salute degli utenti, le modalità di valutazione e verifica degli interventi;

- rende il programma, consegnato all'utente ed al committente, disponibile agli interessati;
- rispetto al programma di trattamento individualizzato assicura: la verifica periodica, il coinvolgimento dell'utente e di tutti i componenti dell'équipe sia nella fase di definizione sia di verifica, la sua modifica in base all'emergere in itinere di nuovi elementi, la supervisione esterna con una specifica figura professionale, la sintesi scritta degli esiti della verifica da rendere disponibile ai diversi soggetti coinvolti.

I servizi semiresidenziali, a differenza di quelli residenziali:

- non offrono l'assistenza notturna;
- garantiscono la permanenza di almeno 8 h/die e per non meno di 5 giorni a settimana.

**Tabella 6-10: Calendario di azioni nel triennio e principali responsabilità**

<b>Anno</b>	<b>Azione</b>	<b>Titolarità</b>
I	Approvazione dell'Atto di indirizzo e coordinamento in attuazione del DPCM 14 febbraio 2001 in materia di prestazioni socio sanitarie	Regione – Autonomie locali
	Predisposizione dei programmi delle attività territoriali del distretto e attivazione di strumenti per il coordinamento interistituzionale	Distretti – ASL AO– Conferenze dei Sindaci
	Censimento dei soggetti istituzionalizzati nelle strutture a valenza socio sanitaria	Direzione regionale sanità e servizi Sociali
II	Attivazione delle opzioni assistenziali previste	Direzioni aziendali
	Verifica compatibilità economiche valutazione ostacoli potenziali ed elaborazione indirizzi correttivi	Direzione Regionale + distretti
	Prima valutazione outcome per aree di integrazione	Direzione Regionale + distretti
III	Valutazione complessiva triennio	Direzione regionale + ASL

## **7.5 Definire le innovazioni negli assetti organizzativi generali**

Di seguito sono sviluppate, con particolare attenzione agli aspetti innovativi, una serie di indicazioni relative agli assetti organizzativi generali sui quali il Piano intende sviluppare il disegno organizzativo attivato nei precedenti cicli della programmazione socio-sanitaria regionale o avviare innovazioni ritenute particolarmente qualificanti per lo sviluppo del SSR

### **7.5.1 Attivare le equipe territoriali, sviluppare la continuità assistenziale, garantire l'ADI.**

#### **A) MMG, PLS e distretto nelle equipe territoriali**

# La costituzione delle équipe territoriali, compresa all'interno dell'Accordo Regionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale (DGR n. 456 del 17/04/02), rappresenta un passo ulteriore verso la piena integrazione dei medici convenzionati all'interno dei Distretti, in funzione dell'ulteriore sviluppo del ruolo di Governo della Domanda, che, a partire da una sempre maggiore capacità di lettura dei bisogni, riesca a programmare efficacemente l'offerta di servizi e prestazioni, sia a livello territoriale che ospedaliero.

In questa prospettiva i Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta, gli Specialisti ambulatoriali unitamente ai medici del Servizio di Continuità Assistenziale svolgeranno svolgono un ruolo sempre più centrale nell'operatività del Distretto e aumenterà nel triennio il loro livello di integrazione funzionale ed organizzativa.

Nell'ambito delle attività dell'equipe territoriale rappresentano infatti obiettivi del triennio per i medici convenzionati:

- partecipare alle procedure di verifica della qualità delle prestazioni, all'individuazione e al perseguimento degli obiettivi del Distretto, al fine della piena realizzazione del governo clinico, inteso come l'insieme dei comportamenti, responsabilità ed azioni che l'organizzazione distrettuale ed i professionisti si danno per garantire il miglioramento continuo dei servizi erogati e dei percorsi di cura nonché la salvaguardia degli standard assistenziali;
- concorrere alla elaborazione delle linee guida condivise, basate su procedure definite e validate scientificamente volte all'ottimizzazione delle cure e delle risorse, alla ricerca sia in campo clinico che epidemiologico e alla didattica, con specifici programmi di formazione. Nell'ambito del governo clinico del Distretto Aziendale, nell'ambito della predisposizione dei programmi assistenziali per specifiche patologie croniche più comuni, i professionisti saranno risultano coinvolti nella elaborazione collegiale dei percorsi di cura;
- continuare nell'espletamento dell'attività professionale ad essere riferimento diretto per le famiglie e nel rapporto con gli assistiti, nella valutazione multidimensionale dei problemi e dei loro bisogni, valorizzando funzioni educative e promozionali della salute e rappresentando il filtro di orientamento clinico e regolatore dell'accesso agli altri servizi sanitari;
- divenire ancor più elemento cardine della reale continuità assistenziale, superando la frammentazione delle singole prestazioni sanitarie.

Tali obiettivi potranno trovare la piena realizzazione con il coinvolgimento, nelle équipes, sia dei Pediatri di libera scelta che degli Specialisti ambulatoriali, nonché con una completa riorganizzazione del Servizio di Continuità Assistenziale, ancora oggi troppo avulso dal contesto programmatico territoriale, al fine di poter costituire nuclei di assistenza primaria e specialistica, i quali, all'interno del governo complessivo della sanità territoriale da parte del Distretto ed in stretta integrazione con i livelli di produzione territoriale (Centri di salute, Servizi Specialistici, Residenze, ecc.), possano rappresentare, da un lato una reale capacità di offerta sanitaria prossima ai bisogni degli assistiti, in grado cioè di sviluppare attività sanitarie di base, di Specialistica ambulatoriale e di primo soccorso nell'arco delle 24 ore, dall'altro fornire un decisivo supporto al Distretto nel proprio compito di programmazione e regolazione della richiesta di prestazioni ospedaliere, sia in termini di ricoveri che di offerta di specialistica ambulatoriale.

## B) L'integrazione del servizio di continuità assistenziale

##E' necessario altresì prevedere che il servizio di continuità assistenziale:

- sia sempre più prossimo alla funzione del medico di assistenza primaria, in modo da garantire la piena e reale "continuità" dell'assistenza sanitaria di base nelle 24 ore;
- possa, contemporaneamente, consentire, tramite la équipe territoriale, la creazione di presidi medici multidisciplinari, all'interno dei quali possano essere anche svolte attività di primo soccorso in modo tale da sgravare il carico, spesso improprio, che grava sui punti di pronto soccorso ospedalieri, nonché attività specialistiche finalizzate al contenimento dei tempi di attesa, introducendo il concetto di "attesa appropriata";
- contribuisce al definitivo superamento delle residue difficoltà di sviluppo dell'assistenza domiciliare e dei percorsi di dimissioni protette e di ospedalizzazione domiciliare, consentendo la strutturazione di un'offerta assistenziale in grado di coprire la totalità dei bisogni dei cittadini al momento dell'uscita dalle strutture ospedaliere, oggi sempre più precoce e sempre più problematica per quanto attiene alle conseguenze assistenziali nel territorio.

La costituzione delle équipes territoriali e la messa a regime del sistema dell'emergenza territoriale (118) impongono la riorganizzazione del servizio di CA promovendone la reale integrazione, nell'ambito dell'attività distrettuale, con gli operatori dell'Assistenza Primaria e le altre figure professionali facenti capo alle singole équipes territoriali.

Tale processo di riorganizzazione dovrà tenere conto:

- delle larghe aree di sovrapposizione con l'attività del servizio di emergenza territoriale;
- della necessità di rapportare agli effettivi bisogni del territorio le dimensioni del servizio di continuità assistenziale;
- delle mutate caratteristiche professionali degli operatori;
- della necessità di assicurare alla popolazione di riferimento del distretto l'assistenza sanitaria nel territorio per 24 ore al giorno e per tutti i giorni dell'anno;
- della necessità di potenziare ulteriormente i servizi di assistenza domiciliare razionalizzando gli interventi;
- della necessità di elevare ulteriormente i livelli di assistenza territoriale al fine di fare del distretto un punto di riferimento sanitario principale del cittadino e limitare così il ricorso improprio a strutture di livello superiore.

Tutto ciò comporta una radicale trasformazione della figura dell'operatore della continuità assistenziale sia sul piano contrattuale (stabilità del rapporto di lavoro, accesso ai meccanismi

incentivanti, formazione professionale, etc.) sia riguardo alla possibilità di svolgere, nell'ambito distrettuale, altre funzioni oltre quelle tradizionali (assistenza domiciliare integrata, partecipazione all'attività di "ambulatori per problemi" eventualmente organizzati nell'ambito delle équipes, campagne di prevenzione e di educazione sanitaria, attività di ricerca clinica ed epidemiologica, ecc). L'abbandono dello stato di precarietà e l'assunzione di un nuovo status professionale da parte degli operatori si può tradurre pertanto, non solo nel miglioramento delle condizioni di lavoro del singolo, ma e soprattutto nella trasformazione dell'attuale continuità assistenziale in un servizio gradito all'utenza ed altamente efficace.

Le équipes territoriali, nella loro ampia accezione, devono, infine, costituire anche lo strumento fondamentale di controllo dell'appropriatezza delle prestazioni, ed in particolare di quelle prescrittive, dei ricoveri ospedalieri e del ricorso a strutture residenziali per anziani, attraverso la "strutturazione", a livello distrettuale, di "percorsi assistenziali" relativi alle patologie prevalenti e causa dei maggiori consumi in sanità. Tali percorsi, a partire dalla condivisione locale di linee guida basate sull'EBM ed attraverso un'attenta valutazione del loro impatto sull'organizzazione dei servizi dell'offerta territoriale ed ospedaliera, rappresentano lo strumento principe per il governo clinico e per lo sviluppo di politiche di programmazione socio-sanitaria territoriali adeguate ai reali bisogni dei cittadini.

### C) Il potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata

L'Assistenza domiciliare integrata è un insieme coordinato di prestazioni a termine, di carattere sanitario e socio-assistenziale, rese a domicilio secondo piani individuali programmati di assistenza.

Riguarda soggetti con bisogni complessi di tipo socio-sanitario, disabili o a rischio di perdita di autonomia mirando al mantenimento nel contesto socio-familiare, evitando ricoveri impropri ed istituzionalizzazioni non strettamente necessarie.

Per lo più è rivolta (85%) a pz in età geriatrica con polipatologia, deficit funzionali e spiccata propensione alla scompenso omeostatico. Considerato la struttura demografiche regionale ed la necessità di dotare il territorio di servizi alternativi al ricovero e di supporto alle dimissioni protette, il Piano assume una migliore organizzazione dell'ADI come terreno di particolare impegno.

Le criticità che influenzano negativamente il raggiungimento di questo obiettivo sono descritte nella "Relazione su assetti e processi organizzativi attivati dal PSR 1999-2001", insieme alle risorse investite nel settore.

#### C.1) Gli obiettivi per il nuovo triennio

- Garantire la presa in carico di almeno il 2,5% degli ultrasessantacinquenni ed una pari ad almeno 0,1 x mille sotto i 65 anni
- Realizzare una modalità integrata di risposta territoriale secondo i principi della solidarietà nei confronti dei soggetti più vulnerabili, e del governo clinico.
- Perseguire con forza l'obiettivo della personalizzazione dell'assistenza (piani assistenziali individuali) utile anche per il monitoraggio e l'ottimizzazione del consumo delle risorse
- Monitorare ed analizzare la performance delle cure
- Assicurare la fornitura diretta dei farmaci e dei dispositivi medici richiesti dai piani terapeutici e ricompresi nel prontuario terapeutico aziendale;
- Definire protocolli d'intesa con centri oncologici per la somministrazione di farmaci H;
- Svolgere le funzioni previste dalla rete di cure palliative;

- Utilizzare le linee guida regionali sulla nutrizione artificiale;
- Migliorare l'appropriatezza sia dell'accesso che delle prestazioni in ADI e potenziare quantitativamente l'offerta, ottimizzando tutte le risorse disponibili:
  - l'operatore socio sanitario (OSS) di cui alla LR n. 13/2002;
  - le risorse professionali utilizzando modalità di organizzazione del lavoro adeguate al modello organizzativo del servizio ed attingendo anche alle risorse derivanti dalla riconversione delle strutture ospedaliere;
- Implementare i protocolli di dimissione protetta
- Realizzare completamente l'integrazione all'interno della rete dei servizi sanitari e tra questi ed il servizio sociale, attivando anche le risorse del tessuto sociale, per costruire un sistema ad elevata continuità assistenziale.
- L'attivazione dell'Assegno di cura, in una prospettiva di estensione dell'offerta ad almeno 800 anziani costituisce un arricchimento nella direzione della diversificazione e personalizzazione dell'offerta. La "risorsa" costituita dall'impegno di famiglie e badanti deve essere comunque considerata ed inserita nei piani assistenziali individuali.
- Completare la formazione di tutte le figure professionali

## C.2) Organizzazione e percorsi assistenziali

Va definito un percorso chiaro dell'utenza secondo un modello condiviso a livello regionale, seppure con possibili articolazioni organizzative differenziate :

- l'accoglienza della domanda e l'attivazione del servizio è a cura dei distretti/centri di salute;
- la richiesta di attivazione del servizio è effettuata di norma dal MMG, che in quanto clinico del territorio è chiamato, anche ai sensi della convenzione vigente, a svolgere un ruolo centrale nell'ADI. E' possibile anche una richiesta diretta di attivazione del servizio da parte di: utente, familiari, reparti ospedalieri dimettenti, servizi sociali.

In questo caso il distretto /centro di salute curerà l'immediato coinvolgimento del MMG per verificare congiuntamente la possibilità di attivazione del servizio, previa valutazione multidimensionale e predisposizione del piano assistenziale personalizzato avvalendosi delle competenze del nucleo di valutazione di norma costituito da : responsabile del centro di salute con compito di coordinatore, MMG, infermiere, assistente sociale con integrazioni (es. fisioterapista o medico specialista, di norma un geriatra, salvo i casi rivolti ad altre patologie e/o che richiedono più competenze specialistiche).

Il MMG è responsabile clinico del caso e dell'attuazione del piano assistenziale personalizzato, prevedendo anche modalità di integrazione con la continuità assistenziale.

L'infermiere ha la responsabilità della gestione del caso a prevalente rilevanza sanitaria sulla base delle linee guida per l'organizzazione dell'assistenza infermieristica che saranno emanate dalla Regione nel primo anno di vigenza del Piano.

L'assistente sociale è responsabile della gestione del caso a prevalente rilevanza sociale

**Per tutti i pazienti inseriti in ADI è predisposto il piano assistenziale personalizzato** per la presa in carico globale dei loro bisogni e per gli aspetti connessi alla diagnosi e cura, anche attraverso il ricorso a servizi e a strutture sanitarie diverse ma integrate all'interno del percorso. Il Piano dovrà essere monitorato nel tempo al fine di verificare l'efficacia degli interventi e l'adeguato utilizzo delle risorse; il MMG è responsabile del caso clinico, in collaborazione con

gli altri professionisti sanitari e sociali (infermiere, ass.sociale), pianifica le cure dei pazienti e ne assicura l'attuazione.

Il medico responsabile del centro di salute è garante sul territorio dell'integrazione dei servizi settoriali e specialistici.

L'equipe territoriale definisce "i profili di cura" per le attività del territorio come strumenti di miglioramento delle performance cliniche in quanto prodotte da team multidisciplinari basati sull'Evidence Based Medicine (EBM) a partire dalle esigenze locali, definendo un sistema orientato ad ottimizzare sequenze di tempi e intervento e contribuendo a ridurre ritardi e l'eccessiva variabilità dei trattamenti.

Appare opportuno prevedere per il personale impegnato nell'ADI forme di incentivazione, nell'ambito degli accordi per le incentivazioni su Progetti ad alta rilevanza aziendale e regionale.

Occorre potenziare il sistema informativo puntando all'adozione di strumenti di valutazione multidimensionale dei bisogni, gestibili anche su supporto informatico in modo da permettere l'utilizzazione di un set di indicatori di valutazione concordati e condivisi a livello regionale.

E' necessario prevedere un'attività formativa soprattutto dei MMG, anche prevedendo momenti di formazione congiunta con gli operatori dei centri di salute.

## 7.5.2 Governare l'assistenza farmaceutica e integrativa

- I farmaci, usati in modo appropriato, forniscono un contributo formidabile alla salute individuale e un'adeguata disponibilità di farmaci sicuri ed efficaci per tutta la popolazione rappresenta un'importante garanzia di equità.
- A fronte di tali preziosi benefici, l'uso dei farmaci comporta rischi di eventi indesiderati per ipersensibilità, effetti collaterali, interazioni, etc; tali rischi, divengono inaccettabili ove siano associati all'uso di farmaci inefficaci in relazione alla specifica condizione patologica o ad un uso non conforme alle note CUF e/o alle schede tecniche di registrazione.
- Questi effetti negativi possono essere amplificati da una bassa consapevolezza dei cittadini rispetto al rapporto rischio/beneficio connesso con l'uso dei farmaci.
- Inoltre il prevalere di patologie cronico degenerative comporta la necessità di assumere, per finalità di prevenzione secondaria o terziaria farmaci (antiipertensivi, statine, antidiabetici, etc.) che garantiscono benefici solo a fronte di un'assunzione regolare per periodi che talora coincidono con l'intera esistenza; ciò complica ulteriormente le relazioni tra costi e benefici, soprattutto in presenza di adesioni ai trattamenti basse o incostanti.

Se i farmaci hanno un ruolo fondamentale nel contribuire al raggiungimento dei primi 4 obiettivi di salute del PSR (aumento della speranza di vita senza disabilità, riduzione della disabilità evitabile, riduzione della mortalità evitabile, garanzia della equità di accesso alle prestazioni efficaci), è anche vero che il loro uso è connesso a rischi potenziali che devono essere attentamente valutati caso per caso<sup>1</sup>.

### Problemi organizzativi

---

<sup>1</sup> Negli USA sono stati stimati in 7.000 all'anno i morti per errori nella prescrizione o nell'uso delle medicine e proiezioni sulla nostra popolazione portano a stimare in 15-30 decessi all'anno il relativo danno atteso.



L'estrema importanza della risorsa farmaco e l'ampia disponibilità che di esso è garantita alla popolazione determinano uno scenario affollato da una nutrita serie di problemi organizzativi.

- a) Dato che l'immissione sul mercato è regolata da norme e procedure in cui il livello nazionale ha il potere di regolamentazione, si pone per la nostra Regione (e più in generale per tutte le regioni) la necessità di governare, calibrandole ancora meglio di oggi a livello di Conferenza Stato Regioni, le interazioni tra i momenti decisionali nazionali (politico e tecnico) e le proprie responsabilità economiche.
- b) Sempre in tale ambito un secondo problema riguarda la necessità di studiare misure per diversificare, con il vincolo di mantenere tutte le garanzie sulla qualità dei prodotti e ove non si raggiungano accordi stabili con i produttori, i mercati sui quali avviene l'approvvigionamento (oggi uno solo, quello nazionale) dato l'ampio differenziale esistente nei prezzi alla distribuzione sia in ambito CEE che a livello internazionale, con una paradossale limitazione del libero mercato.
- c) Gli incrementi di spesa registrati nell'assistenza farmaceutica sono stati nel triennio 1999-2001 così consistenti da superare quelli di altre voci del SSR; ciò ha dato luogo a reazioni organizzative che hanno visto la nostra Regione raggiungere consistenti e ragguardevoli risultati, ma che rischiano di stravolgere la naturale e corretta dimensione operativa dell'assistenza farmaceutica, mescolando i ruoli di ciascun attore (produzione e grande distribuzione, farmacie territoriali ed ospedaliere, prescrittori, fruitori, servizi farmaceutici aziendali, distretti e dipartimenti).
- d) Il settore richiede, a causa della grande liquidità e delle asimmetrie che lo connotano, un continuo sforzo di vigilanza per individuare e sanzionare comportamenti animati da interessi non organizzativi. Basti pensare al fatto che la ricetta rappresenta un vero e proprio assegno in bianco ed è dunque necessario presidiarne tutti i passaggi con grande attenzione.
- e) La rete regionale di farmacovigilanza è ancora da sviluppare ed il livello di segnalazione spontanea delle reazioni avverse potrebbe lasciare scoperte ampie zone del nostro territorio, senza sufficiente attenzione agli aspetti qualitativi della farmacovigilanza ed alle aree di rischio maggiore.
- f) Vi sono insufficienze negli interventi informativi e educativi rivolti ai cittadini e nella formazione e l'aggiornamento degli operatori sulla sicurezza nell'uso dei farmaci, sul contrasto ai comportamenti consumistici, nonché sui farmaci generici.
- g) Abbiamo scarse conoscenze sulla compliance effettiva alle terapie.

### ***Il budget per il triennio***

Il budget della spesa farmaceutica territoriale per il triennio di vigenza del PSR è fissato, conformemente alle indicazioni della legge 405/2001, nel 13 % della spesa sanitaria totale, proporzione che comprende al denominatore anche le entrate proprie del SSR ed al numeratore le spese dirottate sulla farmaceutica ospedaliera per effetto della distribuzione a tale livello delle terapie necessarie a completare il ciclo terapeutico avviato in regime di degenza.

### ***Gli obiettivi per il nuovo triennio***

Il PSR per il triennio 2002/2004 intende promuovere l'uso appropriato dei farmaci sia a livello territoriale che ospedaliero, ponendosi i seguenti obiettivi:

- 1) Garantire un'assistenza farmaceutica sicura, efficace ed appropriata.

- 2) Ridurre i danni alla salute derivanti da errori nella prescrizione e somministrazione di farmaci, reazioni avverse e trattamenti inappropriati .
- 3) Promuovere l'appropriatezza di prescrizione, distribuzione e consumi anche tramite accordi con i diversi attori;
- 4) Contenere la spesa farmaceutica convenzionata all'interno del budget previsto.
- 5) Implementare adeguatamente le conoscenze dei cittadini rispetto a costi e benefici dei farmaci, con particolare riferimento alle fasce di popolazione in cui si verificano i maggiori rischi di errore e di eventi avversi (anziani).
- 6) Contrastare gli interessi extraorganizzativi.

### ***Le azioni nel triennio***

Il Piano fa proprio il programma di lavoro stabilito dalla DGR 563/2001 (cui rimanda per le indicazioni specifiche) e consolidato dalla legge 405/2001, che verte intorno alle seguenti aree:

- Mettere a punto ed applicare, sulla base delle analisi sulla utilizzazione dei farmaci prodotte dall'ISS e dall'OERU, specifici programmi aziendali;
- Ricondurre la prescrizione a livello di Medico di base, fatti salvi i motivi di urgenza;
- Adozione da parte di distretti e dipartimenti di LG per l'uso appropriato di farmaci ad alto consumo e/o costo, predisponendo piani assistenziali e profili di cura.
- Applicare i modelli organizzativi, funzionali e distributivi previsti nella legge 405/2001.
- Migliorare l'integrazione ospedale territorio anche in materia di appropriatezza prescrittiva
- Rafforzare l'informazione sui farmaci rivolta agli operatori sanitari (ECM), definendo programmi autonomi di formazione ed aggiornamento da parte del SSR anche in accordo con le Facoltà di Medicina e di Farmacia.
- Potenziare le iniziative in materia di farmacovigilanza, farmacoepidemiologia e farmacoconomia.
- Valorizzare la rete territoriale delle farmacie pubbliche e private convenzionate
- Regolare l'attività informativa nei presidi del SSR;
- Promuovere intese con produttori e distributori per la ratifica e la verifica di "Norme di buona pratica nella promozione e informazione sui farmaci verso gli operatori del SSR";
- Attivare iniziative congiunte per contrastare la presenza di interessi extra organizzativi nelle relazioni tra prescrittori, produttori e distributori.

Il Piano assume inoltre la necessità di sviluppare, nel triennio, ulteriori azioni organizzative sui seguenti temi:

- *Promuovere accordi con produttori, distributori e prescrittori verificando la possibilità di affidare alle farmacie territoriali la distribuzione di farmaci ad alto costo, in modo da garantire ai cittadini la piena accessibilità alle relative terapie, al SSR la copertura di questa funzione con la quota di budget relativa ed alle farmacie territoriali di svolgere pienamente la loro funzione di presidio territoriale del SSR.*

In ogni caso gli accordi sono specifici e individuano per ognun attore obiettivi e performance di riferimento, all'interno di budget definiti e assegnando responsabilità ritagliate sugli ambiti effettivi di intervento, nonché prevedendo misure ulteriori da attivare in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi o in presenza di comportamenti inattesi. Gli accordi tengono conto dei poteri assegnati alla Regione dalla legge 405/2001.

- *Implementare i sistemi di monitoraggio delle prescrizioni sia a livello territoriale che ospedaliero:*
  - prevedendo sistemi di monitoraggio a livello ospedaliero che consentano la rilevazione della prescrizione per singolo paziente;
  - adeguando i sistemi informativi regionali e aziendali alle necessità del governo della salute a livello distrettuale;
  - implementando il sistema di monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali / specialistiche e dei ricoveri ospedalieri da inserire nelle schede di budget dei MMG e PLS;
  - implementando il sistema di monitoraggio dell'assistenza integrativa e protesica;
  - integrando la rete informatizzata delle farmacie convenzionate con i MMG, con i PLS e con le ASL per razionalizzare il monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche e per sperimentare la E-ricetta;
  - consolidare la pratica delle gare centralizzate per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici, verificando la possibilità di delegare la distribuzione alle farmacie aperte al pubblico;
- *Consolidare l'organizzazione del Servizio Farmaceutico delle Aziende Sanitarie*

Oltre alle funzioni già previste dalla normativa regionale vigente in questa sede assumono rilevanza le seguenti funzioni del Servizio Farmaceutico aziendale, che rappresenta:

- a) una struttura di staff che fornisce supporto consulenziale ai diversi livelli dell'azienda: Dg, Ds, direttori di distretto e di dipartimento, mmg, pls e responsabili dei Centri di salute per le interazioni con le equipe in materia di appropriatezza prescrittiva;
- b) un centro di risorse di beni sanitari, che ne gestisce l'acquisto, lo stoccaggio e la distribuzione alle varie strutture Aziendali con responsabilità anche sulla contabilità analitica. E' inoltre opportuno che la gestione dei magazzini farmaceutici sia ricondotta ai servizi farmaceutici anche qualora siano attivate gestioni esterne del magazzino, in modo da esercitare la sorveglianza, il monitoraggio, l'informazione scientifica e l'adattamento della terapia al singolo pz, garantendo un uso appropriato del farmaco;
- c) è responsabile della dispensazione diretta dei farmaci ad alto costo (fino alla eventuale stipula dell'accordo regionale con le farmacie territoriali sopra previsto) e delle terapie integrative in fase di dimissione;

A tal fine è necessario garantire una adeguata dotazione di risorse per far fronte alle principali aree di impegno: assistenza farmaceutica ospedaliera, assistenza farmaceutica territoriale, assistenza integrativa / protesica, galenica clinica, farmacovigilanza, farmacoeconomia, farmacoepidemiologia e monitoraggio, ricerca, studio e didattica, verificando la possibilità di aggregazioni sovra aziendali dei servizi farmaceutici.

Saranno promosse nel triennio sperimentazioni volte a consorzicare a livello sovra aziendale specifiche aree di attività dei servizi farmaceutici, previa intesa tra le aziende stesse.

### **Valutazione**

E'istituito l'Osservatorio regionale sull'appropriatezza prescrittiva che, al fine di predisporre programmi di intervento tesi a promuovere la qualità della prescrizione, analizzerà con la partecipazione di tutti gli attori coinvolti nella produzione, distribuzione e prescrizione dei farmaci i diversi aspetti dell'uso di farmaci nella popolazione. In particolare, l'analisi della variabilità dei

comportamenti prescrittivi, effettuata sia come confronti fra regioni che fra singole Aziende USL (o distretti), consentirà di evidenziare aree sulle quali concentrare l'attenzione per possibili interventi.

L' Osservatorio regionale sull'appropriatezza prescrittiva opera secondo i seguenti obiettivi:

- a) Individuare potenziali aree di inappropriatazza;
- b) Valutare e analizzare i dati di farmacovigilanza;
- c) Individuare le aree di formazione ed aggiornamento del personale dipendente e convenzionato del SSR;
- d) Predisporre materiali informativi rivolti, in prevalenza, ai prescrittori, riguardanti i problemi evidenziati dall'Osservatorio, utilizzando, se del caso, strumenti informatici;
- e) Implementare l'uso di Linee guida sull'appropriatezza prescrittiva;
- f) Proporre soluzioni per lo svolgimento delle attività di informazione medico-scientifica del personale SSR, rendendole coerenti con le politiche formative del SSR.
- g) Promuovere lo sviluppo, nei distretti (équipe territoriali) e nei dipartimenti, di un sistema di "audit" sull'appropriatezza prescrittiva in tema di terapia farmacologia.

### **7.5.3 Sviluppare l'intervento dei servizi di salute mentale e riabilitazione per l'infanzia**

# Il momento storico attuale caratterizzato da una richiesta d'aiuto che definisce l'emergenza infanzia, impone oggi una progettazione attenta ed attuale da parte dei Servizi di Salute Mentale e Riabilitazione per l'infanzia. Allo stesso tempo si ripropone sempre più con forza il bisogno di integrazione sul piano metodologico in grado di dare una risposta adeguata alla struttura ancora non differenziata dell'individuo in età evolutiva.

I familiari del bambino e adolescente con disturbi neuropsicologici, neuromotori, sensoriali, affettivi e relazionali (circa il 15% della popolazione infantile), si rivolgono alla sanità pubblica e privata, sempre più edotti e coscienti dei propri bisogni e delle offerte proposte; è pressoché costante infatti il confronto che realizza l'utente tra i percorsi localmente offerti ed altre realtà consultate, specie in ambito nazionale. La domanda d'accesso è quindi sempre più informata e qualificata, richiedendo che gli interventi preventivi, diagnostici, terapeutici e riabilitativi siano condotti da gruppi multidisciplinari ad alta integrazione, composti di figure professionali specifiche, in grado di garantire una presa in carico precoce, globale ed unitaria del bambino e della sua famiglia.

A fronte della complessità del problema, occorre offrire una specificità di trattamento attraverso un contratto terapeutico, basato su progetti validati secondo protocolli nazionali ed internazionali, percorsi educativo-terapeutico-riabilitativi ben definiti che rispettino lo sviluppo del bambino e del suo contesto di vita, raccordi con le discipline pediatriche e psichiatriche, con il mondo della scuola e con la rete dei servizi educativi e sociali.

*Problemi di salute.* Negli ultimi anni si è assistito ad un progressivo marcato incremento delle richieste di accesso sia per patologie neuromotorie sia per quelle del linguaggio e sensoriali, oltre che per i disturbi neuropsicologici e psicopatologici. Questo in quanto sono migliorate:

- le speranze di sopravvivenza del neonato in Terapia Intensiva Neonatale,
- l'identificazione dei disturbi dell'apprendimento,
- la consapevolezza che una diagnosi precoce può modificare positivamente l'evoluzione di un disturbo della personalità e delle disabilità neurologiche.

Oltre a questo, si rileva un aumento del disagio psicologico nella popolazione infantile ed adolescenziale, con capacità di risposte spesso settoriali, talvolta inadeguate.

Sono anche in atto intensi fenomeni migratori nella nostra regione, che sempre più frequentemente derivano dalla ricerca di soluzioni, per bambini che non trovano risposte adeguate nei paesi d'origine.

*Problemi di assistenza.* L'assistenza erogata risulta quasi costantemente inadeguata a causa della scarsa integrazione con i pediatri di libera scelta, della carente dotazione organica specifica e della inadeguata distribuzione territoriale dei Servizi; gli interventi erogati talvolta risultano anche poco integrati fra di loro e con le altre agenzie territoriali (pediatri di libera scelta, altri servizi specialistici, ospedali) e improntati a scarsa specificità e con modalità operative difformi.

Spesso mancano o sono inadeguate le procedure di raccordo per il passaggio dei casi dai Servizi per l'età evolutiva a quelli per l'età adulta

Ne deriva una organizzazione scarsamente strutturata e disomogenea sul territorio.

#### *Assetti organizzativi*

I servizi territoriali per l'età evolutiva, ancorché presenti nel territorio, necessitano di una definizione più precisa e di una chiara organizzazione in rete con la pediatria di base.

L'intervento è garantito da un team multiprofessionale e multidisciplinare (Neuropsichiatra Infantile, Psicologo, Terapista della Riabilitazione, Psicomotricista, Logopedista, Educatore Professionale, assistente sociale...) e caratterizzato da:

- specifiche modalità di accoglienza,
- presa in carico globale,
- attivazione costante della rete di interventi territoriali.

Il modello organizzativo e di integrazione con i Dipartimenti ed i Servizi della rete andrà definito negli atti programmatici di indirizzo regionale a cura della Commissione di studio istituita ad hoc. Compito della Commissione sarà anche quello di predisporre le linee guida delle principali patologie afferenti ed i percorsi terapeutico-riabilitativi.

*Metodologia operativa.* L'operatività della rete d'intervento è garantita dalla definizione delle funzioni dei Servizi di Riabilitazione e Salute Mentale dell'età evolutiva e delle interfacce con gli altri servizi ospedalieri e territoriali. Gli interventi si articolano in prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

Aree d'intervento:

- Disabilità neuromotorie;
- Disabilità sensoriali;
- Disabilità cognitive;
- Disabilità neuropsicologiche;
- Disturbi affettivo-relazionali.
- Dismorfismi e paramorfismi

Il collegamento con gli altri servizi si realizza con specifiche interfacce d'intervento:

- Ospedale
  - Centri di patologia neonatale e terapia intensiva neonatale;
  - Pediatrie ospedaliere;
  - Neurofisiopatologia;
  - Neuropsichiatria infantile.
- Servizi socio-sanitari
- Scuola
- Istituzioni (Comune, Provincia etc.).

Non si dovranno inoltre trascurare i rapporti con l'Università, per la formazione delle professionalità specifiche ed in particolare per quelle carenti (Specialità in Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Corsi di Laurea in Psicomotricità e Riabilitazione dell'età evolutiva, Neuropsicologia, Logopedia).

#### **7.5.4 Diversificare la rete ospedaliera in base ai reali bisogni di assistenza**

Il Piano ridisegna la rete ospedaliera regionale in base alle seguenti coordinate:

- a) la definizione delle tipologie assistenziali e dei servizi di primo soccorso, specialistici, ospedalieri e residenziali (RSA a degenza breve) previsti negli ospedali:
  - di emergenza: C. Castello, Gubbio (e in prospettiva il nuovo nosocomio di Branca), Perugia, Foligno, Spoleto, Terni, Orvieto;
  - negli ospedali di territorio, (Umbertide, Assisi, C. Lago., C. Pieve, Marsciano, Todi, Cascia, Gualdo Tadino, Norcia, Amelia, Narni) anche in relazione agli accorpamenti che saranno effettuati a Marsciano - Todi, C. Lago - C Pieve e Narni - Amelia;
- b) la diversificazione e la articolazione delle sedi ospedaliere presenti in ciascuna azienda tale da prevedere:
  - nelle aziende ospedaliere la compresenza delle funzioni di:
    - ospedale di emergenza;
    - ospedale in cui sono attive le alte specialità compatibili con i bacini di utenza regionali e/o con accordi sanciti a livello regionale con le Regioni confinanti;
    - ospedale di territorio, sulla base di accordi con l'azienda sanitaria locale.
  - nelle ASL 2 e 4, nel cui territorio insistono aziende ospedaliere, la presenza di soli ospedali di territorio, con l'eccezione per la ASL n. 4 del presidio di Orvieto, che data la particolare ubicazione oro geografica svolge sia le funzioni di ospedale dell'emergenza che quelle di ospedale di territorio;
  - nelle ASL n 1e 3, data la particolare conformazione oro geografica, la presenza di due ospedali dell'emergenza a Città di Castello ed a Gubbio (in prospettiva a Branca) ed a Foligno e Spoleto, ognuno dei quali svolge anche la funzione di ospedale di territorio, mentre gli altri nosocomi svolgono la funzione di ospedali di territorio;
- c) la razionalizzazione dei posti letto all'interno delle dotazioni previste dalla legge 405/2001. Il Piano assume come vincolo per il triennio le dotazioni aziendali riportate nella tabella 6.13, ricordando che esse, nei termini superiori assumono valore di vincolo assoluto per accordi e contratti.

Tabella 6.11: dotazioni massime di p.l. per l'offerta ospedaliera aziendale e regionale nel triennio

	<b>Degenza ordinaria</b>	<b>Dh</b>	<b>Riabilitazione</b>	<b>RSA</b>
<b>ASL 1</b>	<b>290</b>	<b>65</b>	<b>62</b>	<b>54</b>
<b>ASL 2</b>	<b>295</b>	<b>70</b>	<b>188</b>	<b>160</b>
<b>ASL 3</b>	<b>495</b>	<b>111</b>	<b>93</b>	<b>80</b>
<b>ASL 4</b>	<b>210</b>	<b>47</b>	<b>124</b>	<b>106</b>
<b>AOPG</b>	<b>720</b>	<b>180</b>	<b>18*</b>	
<b>AOTR</b>	<b>420</b>	<b>95</b>	<b>*</b>	
<b>Case di cura</b>	<b>157</b>	<b>0</b>	<b>15</b>	
<b>Totale</b>	<b>2587</b>	<b>568</b>	<b>500</b>	<b>400</b>

\*PL destinati all'USU e finanziati dalla Regione su mandato; per le AO l'attività di riabilitazione intensiva va negoziata con le ASL nell'ambito degli accordi aziendali.

Queste dotazioni, vanno interpretate con le seguenti avvertenze:

- è consentita una variazione in aumento del plafond dei posti letto nelle aziende ospedaliere ove si determini un contributo positivo alla mobilità interregionale e quindi al saldo complessivo della mobilità distintamente per le funzioni di bassa, media ed alta specialità in relazione ai diversi specifici bacini di utenza (zonali, provinciali, regionali); questo implica la necessità di prevedere negli accordi aziendali anche dettagliati piani di recupero della mobilità passiva;
- la riorganizzazione delle chirurgie opera a partire dalle dotazioni aziendali massime sopra definite;
- la dotazione di posti letto per le attività di dh, andrà corretta (verosimilmente al ribasso) nel corso del triennio, stanti le indicazioni fornite dal Piano sulla day surgery e la riorganizzazione che sarà disposta nel primo anno di vigenza del Piano per il dh medico, nonché sulla base dello sviluppo del day-service;
- i posti letto di riabilitazione (estensiva ed intensiva, come descritte nel paragrafo 7.6.3.4) corrispondono ad una dotazione di 0,58 x mille p.l. (calcolati sulla proiezione della popolazione residente nel 2005), cui si aggiungono i 400 p.l. di RSA a degenza breve (0,47 x mille), che vanno attivati unicamente all'interno della funzione di ospedale di territorio, riconvertendo p.l. dell'area medica.
- Rispetto alla funzione riabilitativa, salvo che nel caso della USU dell'AOPG, finanziata a mandato, l'attività di riabilitazione intensiva è riservata alle ASL, anche per le riconversioni da attivare negli ospedali di territorio e per gli accorpamenti previsti nel programma di edilizia sanitaria; queste possono delegare alle AO, nel quadro degli accordi interaziendali, definite aree di attività riabilitativa, avendo comunque avuto cura di utilizzare al massimo la capacità assistenziale degli ospedali di territorio.

In tal modo a fine triennio noi avremo una dotazione di p.l. per acuti non superiore al 3,7 x mille ed una dotazione di p.l. di riabilitazione di poco superiore all'1 per mille.

Questo comporta la necessità di operare alcune riconversioni dei posti letto in dotazione a fine 2001 presso le strutture pubbliche e private convenzionate.

Le diverse funzioni attribuite ai nodi della rete ospedaliera così ridefinita saranno sviluppati nei capitoli dedicati alla organizzazione:

- dei presidi e dipartimenti ospedalieri;
- degli ospedali di territorio;
- della rete dell'emergenza – urgenza;
- delle degenze chirurgiche;
- delle degenze mediche;
- delle alte specialità e dei centri di riferimento regionale;
- della rete riabilitativa;

#### **7.5.4.1 Riorganizzare presidi e dipartimenti ospedalieri.**

# I presidi ospedalieri rappresentano il primo nodo gestionale del servizio ospedaliero aziendale, esercitano le funzioni di soggetto erogatore con il quale la direzione aziendale negozia e stabilisce accordi e garantendo la gestione delle funzioni di supporto di area comune che non avrebbe senso articolare a livello dipartimentale.

La nuova organizzazione prefigurata dal Piano richiede, al fine di ottenere guadagni gestionali, che il presidio sia, di norma, unico a livello aziendale, garantendo così:

- maggiore omogeneità nell'applicazione delle politiche ospedaliere a livello aziendale;
- maggiori funzionalità derivanti dall'accorpamento delle risorse destinate altrimenti a gestire in modo frammentato i servizi di supporto e le attività di direzione sanitaria di presidio;
- una forte base su cui ridefinire dipartimenti ospedalieri unici a livello aziendale.

*Le Direzioni aziendali prevedono nei PAL e realizzano nel primo anno di vigenza del Piano, il riaccorpamento, ove già non attivato, dei presidi aziendali nel presidio ospedaliero unico.*

## Il PSR 1999-2001, recependo una delibera regionale (DGR 797/1997) in materia di organizzazione dei dipartimenti territoriali ed ospedalieri ha avviato il percorso della dipartimentalizzazione dei servizi. Tale percorso, lungi dall'essere arrivato a maturità ha messo in risalto il prevalere di un approccio eccessivamente modulare nel concepire il funzionamento dei dipartimenti, che sono stati per lo più adattati a preesistenti situazioni organizzative, mentre sono pochi gli esempi di soluzioni che si sono poste in linea con la norma regionale, fornendo un effettivo valore aggiunto e mettendo a disposizione dei pazienti soluzioni organizzative più flessibili.

Il Piano assume criticamente tali limiti e rilancia l'organizzazione dipartimentale a partire dalle seguenti coordinate:

- creazione di dipartimenti ospedalieri unici (per area o materia, compreso il DEA) a livello aziendale, essendo il presidio ospedaliero unificato una requisito indispensabile per tale operazione;



- ridefinizione degli assetti organizzativi dipartimentali in modo da garantire la flessibilità organizzativa necessaria per assicurare ai pazienti la percorribilità dei principali percorsi assistenziali. Tale soluzione, affidata alle Direzioni aziendali dovrà prevedere la creazione di una area delle risorse comuni, affidata direttamente alla gestione del responsabile del dipartimento, per il raggiungimento degli obiettivi di cui sopra;
- piena valorizzazione dell'organizzazione dipartimentale nel governo clinico, che ne diviene la missione organizzativa principale, orientando sia i rapporti con le direzioni aziendali che la attivazione dei percorsi formativi dei professionisti attivi nel dipartimento (vedi nell'Allegato 2 le linee guida per l'atto aziendale);
- formazione dei dirigenti orientata allo svolgimento delle funzioni gestionali appropriate negli ambienti organizzativi propri delle organizzazioni professionali.

*Le Direzioni aziendali prevedono nei PAL e realizzano nel primo anno di vigenza del Piano, il riaccorpamento, ove già non attivato, dei dipartimenti ospedalieri in dipartimenti unici aziendali per area o materia.*

#### **7.5.4.2 Attivare gli ospedali di territorio**

L'ospedale di territorio rappresenta la condizione più appropriata per lo svolgimento di definite funzioni ospedaliere necessarie per fare fronte alle condizioni epidemiologiche e demografiche presenti nella nostra regione.

Esso rappresenta una evoluzione del concetto di ospedale di comunità, sviluppato sia nella DCR 311/97 che nel PSR 1999- 2001, dove il tema era trattato con riguardo soprattutto alla funzione di tali ospedali all'interno della rete di emergenza urgenza.

Ferme restando, con le opportune precisazioni e sviluppi che saranno definite più avanti a proposito della rete dell'emergenza urgenza, le funzioni di tali nosocomi all'interno dei percorsi assistenziali per la acute care, si tratta ora di definire e sviluppare il ruolo che essi devono svolgere nel quadro dei percorsi assistenziali rivolti al paziente affetto da patologie cronico degenerative, anche in relazione alla delicata definizione dei confini tra condizioni di sub acuzie gestibili appropriatamente a tale livello e situazioni più critiche che richiedono l'intervento di supporti assistenziali differenti.

##### **A) Principali funzioni degli ospedali di territorio**

Sono prefigurabili per l'ospedale di territorio le seguenti macrofunzioni:

###### *A.1) Pronto soccorso territoriale con efficiente collegamento con gli ospedali dell'emergenza urgenza*

Questi stabilimenti ospedalieri dovranno integrarsi a pieno titolo nella rete territoriale dell'emergenza, garantendo nelle 24 h l'attivazione, d'intesa con la centrale operativa e sulla base di protocolli definiti, del trasporto presso l'ospedale di emergenza più idoneo per la specifica condizione; in tale quadro le direzioni di presidio definiscono con la centrale operativa le prestazioni urgenti effettuabili in loco in quanto compatibili con la propria realtà assistenziale,

Il personale adibito al pronto soccorso territoriale, nell'ambito degli ospedali di territorio, eserciterà il proprio mandato operativo sotto il coordinamento funzionale del DEA aziendale e della centrale 118 di riferimento e sarà tenuto al rispetto rigoroso di protocolli appositamente predisposti.

Per i punti di pronto soccorso territoriale coincidenti con gli ospedali di territorio, si ravvisa la necessità di posizionare, come previsto per gli altri pronto soccorso (vedi capitolo dedicato) il punto di continuità assistenziale a fianco del servizio, in modo da garantire ulteriori appropriati livelli di risposta per attività che non devono impegnare il personale ospedaliero.

### A.2) Chirurgia programmata

Le attività di chirurgia negli ospedali di territorio sono organizzate all'interno del modello della week surgery prevedendo pertanto la realizzazione di interventi di chirurgia programmata che non contemplino la prosecuzione delle attività di degenza nei giorni di sabato e domenica. Si tratta di una ampia gamma di attività chirurgiche, che, ad esclusione della chirurgia di urgenza, rimandano alla possibilità di risolvere in queste sedi bisogni di intervento collegabili con attività di chirurgia breve, day surgery e che possono anche prevedere la rotazione di professionisti del dipartimento di chirurgia aziendale o provenienti, nel quadro di accordi interaziendali, dalle aziende ospedaliere.

### A.3) Medicina orientata alla gestione di definite condizioni di acuzie e subacuzie

Essendo del tutto inappropriato, oltre che insostenibile economicamente, la disseminazione sul territorio delle risorse necessarie per far fronte alle principali condizioni di acuzie a risposta non chirurgica, i reparti di medicina degli ospedali di territorio sono abilitati ad accettare solo pazienti suscettibili di essere assistiti in modo adeguato con le risorse umane e strumentali disponibili<sup>1</sup> e

---

<sup>1</sup> Per definire in maniera più dettagliata la tipologia di pazienti che possono esservi correttamente assistiti, faremo riferimento alla casistica ordinariamente assistita dai Dipartimenti di Medicina – negli ospedali di territorio nell'anno 2001, passando in rassegna le patologie che ricorrono con maggiore frequenza.

#### 1. Insufficienza cardiaca e shock – edema polmonare e insufficienza respiratoria.

I farmaci attualmente disponibili per il trattamento dell'insufficienza cardiaca hanno prodotto una riduzione della mortalità e un aumento della prevalenza di questa patologia. Di conseguenza sono anche in aumento i ricoveri ospedalieri legati allo scompenso cardiaco acuto, che può essere efficacemente trattato nei reparti medici degli Ospedali di territorio. Il trasferimento presso gli ospedali dell'emergenza andrebbe riservato ai casi non frequenti che necessitano di un approccio invasivo (emodinamica, cardiocirurgia, pacing).

#### 2. Malattie cerebrovascolari – Ictus cerebrale – Attacco ischemico transitorio.

Questa patologia, responsabile di un numero di ricoveri analogo alla precedente, può essere validamente trattata presso i reparti di medicina degli ospedali di territorio, nei quali è possibile costituire unità per il trattamento dell'ictus cerebrale, con infermieri dedicati, opportunamente formati, e fisioterapisti (Stroke Service/Unit di 1° livello). Dal punto di vista tecnologico, l'inquadramento diagnostico dell'ictus richiede l'effettuazione immediata di una TC, metodica oggi disponibile anche in questi ospedali e utilizzabile senza limitazioni grazie all'istituzione del teleconsulto e della teleferitazione, e di indagini ancillari (Doppler, ECG ecc.), disponibili ovunque.

Il trasferimento dalla periferia presso l'Azienda Ospedaliera potrebbe essere limitato ai pochi casi di ictus emorragico passibile di intervento neurochirurgico o di neuroradiologia interventistica (Stroke Unit di 2° livello).

#### 3. Malattie polmonari croniche ostruttive – Polmonite e pleurite.

Le infezioni delle basse vie respiratorie, che si sovrappongono alla broncopneumopatia croniche, rappresentano una tipica patologia dell'anziano, recidivano con una certa frequenza, spesso si presentano con i caratteri che indicano il ricovero ospedaliero e possono essere routinariamente trattate nella medicina dell'Ospedale di territorio. Il trasferimento presso gli ospedali dell'emergenza può essere limitato ai casi con insufficienza respiratoria grave e necessità di terapia intensiva pneumologica.

#### 4. Dolore toracico - Angina pectoris - Infarto miocardico acuto senza complicanze

Il dolore toracico acuto è una problematica assistenziale frequente e importante, poiché può essere causato da patologie gravi che richiedono un trattamento d'urgenza. Il corretto inquadramento diagnostico del dolore toracico acuto è uno dei mandati dei Reparti di Medicina dell'Ospedale di territorio, poiché la valutazione del paziente a volte non si esaurisce nell'arco di un'osservazione breve, ma può richiedere un ricovero ospedaliero di 24-48 ore e più. La centralizzazione di tutti i dolori toracici sospetti potrebbe creare disagio e ansia immotivata in una popolazione di soggetti alquanto vasta e graverebbe i Centri di Alta Specializzazione di una attività impropria. Qualora il dolore toracico acuto risulti essere dovuto ad angina pectoris, il trattamento può essere validamente effettuato nella Medicina di primo livello, riservando il trasferimento ai casi refrattari alla terapia medica e candidati a procedure diagnostiche e terapeutiche invasive.

In caso di infarto miocardico acuto, le Medicine di primo livello effettuano di regola la trombolisi, ossia la terapia che ha come scopo il dissolvimento del trombo coronarico che ha causato l'infarto. Tale terapia è tanto più efficace quanto più è precoce, ed è quindi vantaggioso che esistano sedi periferiche, prontamente raggiungibile dai pazienti, in grado di fare diagnosi e iniziare senza indugio la somministrazione, ove non controindicata. Successivamente, il paziente può essere trasferito presso una UTIC o, in casi selezionati, a basso rischio di complicazioni, proseguire la degenza nell'Ospedale di territorio.

#### 5. Aritmie e disturbi della conduzione cardiaca

Molte comuni aritmie cardiache possono essere correttamente diagnosticate e trattate nelle Medicine di primo livello. Il ricorso ai Centri Aritmologici è riservato ai pazienti che necessitano di studi elettrofisiologici, procedure invasive o impianto di pace-maker.

#### 6. Anomalie dei globuli rossi

sono tenuti a trasferire presso gli ospedali dell'emergenza i casi più complessi, per i quali sono indispensabili competenze specialistiche specifiche e/o multiple e/o in urgenza.

Inoltre essi svolgono, in aggiunta all'assistenza ai pazienti in regime di ricovero ordinario:

1. supporto al primo soccorso con competenze internistiche (e in particolare cardiologiche) disponibili nell'arco delle 24 ore;
2. attività di Day Hospital, distinta dall'attività ambulatoriale, in quanto comporta l'assunzione in cura del paziente da parte di un'équipe specialistica multidisciplinare e l'effettuazione di procedure (es: trasfusioni, infusioni a rischio, cardioversione elettrica, rachicentesi, biopsie ecc.) che richiedono la permanenza del paziente per alcune ore in ambienti appropriati, con assistenza medica e infermieristica continua;

#### *A.4) Gestione di un modulo di RSA a degenza breve*

Anche negli ospedali di territorio sono collocate le attività di RSA già individuate nella sezione dedicata all'integrazione socio sanitaria

#### *A.5) Forte dotazione di attività specialistiche ambulatoriali e strumentali*

Al fine di garantire una ampia risposta ai bisogni di supporto specialistico di mmg e pls, decongestionare le liste di attesa ed evitare ricoveri impropri gli ospedali di territorio potenziano le attività di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale, prevedendo che le stesse siano svolte sia dalla stessa équipe che segue il paziente in caso di ricovero, con ciò garantendo una utile continuità assistenziale, sia tramite la presenza di specialisti attivi nel dipartimento aziendale di medicina che di altri professionisti tramite convenzioni con altre aziende sanitarie.

In tale prospettiva negli ospedali di territorio è sperimentato il modello del day service (vedi paragrafo sulla riorganizzazione delle attività di area medica).

#### *A.6) Integrazioni assistenziali tra reparti medici e mmg*

Negli ospedali di territorio sono previsti momenti di integrazione assistenziale con gli mmg per la gestione di definite tipologie di pazienti (es: pz che necessitano di supporto assistenziale non garantibile tramite ADI e/o che hanno condizioni abitative/sociali inadatte per garantire una assistenza domiciliare di qualità, ect) che possono essere ospitati in degenza sotto la responsabilità del medico di medicina generale stesso.

Le anemie sono in genere studiate e trattate in regime di Day Hospital. L'anemia resta comunque causa di un certo numero di ricoveri ordinari non inappropriati; si tratta in genere di anemie, mal tollerate per vari motivi, che richiedono tra l'altro una sollecita terapia trasfusionale. In genere le Medicine di primo livello effettuano direttamente le indagini necessarie per l'inquadramento diagnostico e avviano ai Centri Ematologici i pazienti in cui vengono riscontrate patologie particolarmente gravi e complesse.

#### 7. Esofagite e gastroenterite.

Nelle patologie gastroenteriche acute il ricovero ospedaliero è indicato quando è necessario sorvegliare il paziente per la possibile insorgenza di complicazioni e reidratarlo con infusioni endovenose. Il trasferimento di questi pazienti in Reparti Infettivologici è infrequente.

#### 8. Tumori maligni apparato epatobiliare e pancreas – Neoplasie apparato respiratorio

La persona affetta da tumore può occasionalmente essere ricoverata in un reparto medico per eventi intercorrenti, in genere complicanze infettive legate alla terapia o allo stato di debilitazione prodotto da una malattia in fase avanzata. Il ricovero presso il Centro Regionale di riferimento si rende necessario per chemioterapie complesse, ad alte dosi o che richiedano il monitoraggio dei livelli ematici dei farmaci.

### 7.5.4.3 Integrare le direzioni dei servizi in vista degli accorpamenti

Gli accorpamenti degli ospedali di Gubbio e Gualdo, Marciano Todi, Narni Amelia e C. Lago C. Pieve, previsti nel Patto per lo Sviluppo dell'Umbria rappresentano un momento importante per la programmazione sanitaria regionale, rappresentando la loro effettiva realizzazione - al netto di improprie duplicazioni di sedi - un indicatore di qualità gestionale del sistema.

Il Piano sviluppa tale percorso di accorpamento attivando una dialettica con i territori che permetta di concertare, all'interno delle coordinate generali sopra definite sia le funzioni specifiche che in ogni nosocomio si svolgeranno che le migliori destinazioni per la utilizzazione delle vecchie sedi chiarendo fin d'ora che queste non saranno comunque destinate allo svolgimento di funzioni di degenza.

In questa prospettiva le Direzioni aziendali, anche tramite specifici accordi interaziendali, gestiscono lo sviluppo delle dotazioni di personale e gli incarichi di responsabilità di struttura nelle sedi per le quali sono previsti gli accorpamenti, creando fin da oggi le condizioni che favoriranno l'integrazione operativa nelle nuove sedi.

### 7.5.4.4 Riorganizzare i servizi per l'emergenza e l'urgenza

In termini epidemiologici l'Emergenza rappresenta un evento statisticamente poco frequente: 1 caso ogni 750 abitanti all'anno, pari ad una attesa di circa 1150 interventi all'anno (calcolati sulla proiezione della popolazione residente al 2005), con una media di circa 3 interventi al giorno. Tali valori rappresentano circa il 2-5% di tutte le prestazioni erogate oggi dal sistema emergenza urgenza: nondimeno l'emergenza riguarda condizioni patologiche di drammatica gravità, ad evoluzione rapidissima, che richiedono interventi terapeutici immediati realizzati in servizi appropriati per le condizioni gravissime di pericolo di vita

L'Urgenza è invece un evento statisticamente più frequente: 1 intervento ogni 30 abitanti anno, pari ad un attesa di circa 28.000 eventi, con una media di circa 76 eventi al giorno. Riguarda una condizione patologica ad evoluzione abbastanza rapida ma che non compromette la vita di un paziente se l'intervento terapeutico è rimandato nell'immediato anche se è necessario adottare entro breve tempo l'opportuno intervento terapeutico.

I problemi di salute nell'Emergenza Urgenza sono quindi rappresentati da:

- *occasionale gravità* (pochi i pazienti in immediato pericolo di vita);
- *costante criticità* (tutti richiedono un trattamento entro breve tempo e connessa presenza di un rilevante margine di errore potenziale, sia organizzativo che professionale);
- *imprevedibilità* del momento e del luogo in cui l'evento si verifica il che pone problemi di garanzia di equità di accesso soprattutto oro - geografica: al momento esiste "una quota di popolazione residente in aree rurali del tutto o in parte scoperta dai sistemi dell'emergenza nei limiti e tempi ministeriali con particolare riferimento ai codici giallo-rossi;

Tali problemi di salute si inseriscono in una situazione regionale che ha visto l'attivazione del 118 nel marzo 1999 e si avvale quindi di tre anni di esperienza, la cui analisi fa emergere, in una situazione complessivamente buona, alcuni problemi organizzativi:

- la razionalizzazione delle risorse assorbite per ridurre possibili sprechi e garantire prestazioni sicure ed appropriate su tutto il territorio regionale in maniera equa;

- la necessità di coprire e garantire, tramite un'articolata rete di interventi, il territorio portandovi le potenzialità dell'ospedale in occasione di urgenze acclerate, assicurando sul luogo dell'evento il primo soccorso e una centralizzazione dei pazienti nell'ospedale più idoneo (non sempre il più vicino!) con trasferimenti "protetti";

### A) Obiettivi di salute

**Evitare l'errore in urgenza-emergenza**, fenomeno che si annida in tale area di operatività anche a partire dalle particolari condizioni operative ;

**Abbattere e/o limitare le morti evitabili e ridurre la disabilità evitabile**, in particolare in relazione alle condizioni patologiche più rilevanti (grave politrauma, eventi cardine e cerebro vascolari maggiori, etc).

**Garantire l'equità di accesso** indipendentemente dalla collocazione geografica del pz, contenendo i ritardi evitabili

### B) Indicazioni organizzative e funzionali

L'organizzazione del sistema emergenza urgenza si innesta nelle indicazioni del Piano al fine di raggiungere gli obiettivi di salute, declinando e ridefinendo le specificità e organizzative e funzionali lungo gli assi:

- del governo clinico dell'area rivolta alle condizioni di "acute care";
- degli aggiustamenti appropriati e sostenibili in base alla programmazione sanitaria regionale;
- della nuova articolazione degli assetti e delle funzioni ospedaliere;
- della maggiore integrazione con le funzioni territoriali di medicina di base e continuità assistenziale.

#### B. 1) I compiti del sistema emergenza urgenza nel governo clinico dell'area "acute care"

Analogamente a quanto indicato nel capitolo 6.1, la programmazione del sistema emergenza urgenza fa propri i principi e le dimensioni operative del governo clinico. Questo implica:

- definire e controllare "**i percorsi diagnostico terapeutici**" delle patologie causa più frequenti di morte improvvisa e invalidità permanente (l'arresto cardiocircolatorio, il politrauma grave, le patologie cerebrovascolari acute) su indicatori concordati e condivisi attivando il già esistente Comitato Tecnico dell'Emergenza e mettendolo a confronto con le aree professionali interessate;
- attivare specifici programmi per la gestione del rischio, per l'analisi e la discussione degli errori organizzativi e professionali: tale aspetto per questa area rappresenta una priorità.

#### B.2) La riorganizzazione del settore

##### B.2.1- Sistema di Allarme Sanitario 118

Gli obiettivi specifici e primari del sistema 118 sono la riduzione del "free therapy interval", l'intervallo libero da trattamento che intercorre tra l'insorgenza dell'evento acuto ed il primo soccorso qualificato<sup>1</sup>.

##### B.2.1.1) Le centrali operative

---

<sup>1</sup> I protocolli organizzativi interni e quelli concordati con altre Istituzioni (FFOO, Prefetture, VVFF...) già attualmente indicano alcuni percorsi appropriati ed efficienti per ridurre i tempi di intervento con la ottimizzazione delle risorse.

Le centrali operative sono riorganizzate su base provinciale e integrate fra di loro in modo da ottenere analogie operative sostenibili, con la previsione di 3 workstations a Perugia (2 postazioni H24 e 1 H12) e 2 a Terni (1 postazione H24 e 1 H12) in cui operano, I.P. dipendenti del SSN che a rotazione svolgono anche la loro attività sia in ambulanza che in P.S e sono dotate di una tecnologia informatica avanzata ADES (Amtech Dispatching Emergency System) in grado di gestire la rete telefonica digitale e la rete radio predisposta sulle frequenze sanitarie in UHF. Sarà stabilizzata e ampliata la rete radio verificando le carenze emerse e le necessità richieste per alcune zone (Città della Pieve, Città di Castello, Valnerina, Sigillo) e migliorando la copertura della rete telefonica in modo che possano essere garantiti su tutto il territorio regionale i compiti propri delle CO118, definiti dalle normative vigenti (DPR 27 marzo 1992 e 11 aprile 1996).

IL DPR 27.3.1992 prevede CO118 a valenza di norma provinciale con la loro collocazione all'interno dell'area ospedaliera sede di DEA di 2 livello, nonché, organizzativamente all'interno del DEA stesso in quanto ne diviene il braccio operativo ed esecutivo. Accordi interaziendali potranno disporre una diversa collocazione gestionale delle centrali, mentre, date le caratteristiche interaziendali della CO118 il responsabile, nel quadro di regole definite in sede di accordo interaziendale, concorda le linee programmatiche della propria attività con le aziende sanitarie locali ed ospedaliere il cui territorio è compreso nell'ambito di attività della centrale, comprese le aree territoriali che sono di norma servite dalla CO118.

Il personale medico operante in CO118 è costituito da Medici ET118 a cui spetta anche la attività sul territorio, da un Coordinatore di CO e da infermieri professionali ai quali ultimi deve essere riconosciuta, dopo un periodo di attività da definire e dopo il superamento di una idoneità, la qualifica regionale di "operatore di CO118" con una tutela assicurativa aggiuntiva e finalizzata alle particolari e peculiari mansioni prestate.

### **B.2.1.2) - Sistema territoriale di soccorso**

Il sistema territoriale di soccorso si identifica nelle postazioni territoriali del 118, attualmente per lo più dislocate presso le strutture e/o presidi ospedalieri, dai mezzi di soccorso che vi operano (ambulanze e automedicali) integrato dal servizio di Elisoccorso

#### # Le postazioni di emergenza territoriale 118

Gli equipaggi prevedono su ogni ambulanza la presenza di un IP dipendente della ASL di competenza, nonché, di norma, quella del medico del 118 nelle uscite a codice rosso.

La Regione si impegna a definire un modello organizzativo che preveda l'integrazione del personale medico del 118 (Medici Emergenza Territoriale sia di CO che di postazione) con il possibile inserimento a domanda, nella dirigenza (SSN) dopo 5 anni di servizio effettivo prestato nel sistema 118 regionale e dopo verifica effettuata da apposita commissione.

Il team del soccorso è costituito di norma da personale infermieristico che deve avere conseguito l'apposita formazione prevista dalle normative regionali e dal personale addetto alla guida delle ambulanze, per il quale è auspicabile istituire la figura dell' "autista soccorritore"

#### ## Elisoccorso

L'istituzione dell'elisoccorso mira a garantire una migliore equità di accesso al sistema, fornendo un ombrello di protezione sanitaria ad integrazione delle altre modalità di soccorso su gomma con la possibilità di consentire un intervento in pochi minuti e su ampio raggio, in località particolarmente disagiate o logisticamente difficili da raggiungere. L'obiettivo è quello di ricondurre e migliorare l'intervento primario nell'arco reale di 15-20 minuti in tutte quelle occasioni che per la conformazione orogeografica (dorsale appenninica, lago Trasimeno e Piediluco), per l'afflusso turistico in alcune località (Assisi, Cascia,...) e per il progressivo costante aumento di

attività agrituristiche disseminate su tutta la regione, per la precarietà di alcuni tratti viari, per la concomitanza di neve nei periodi invernali spesso non consente di garantire tali tempi, ottenendo così:

- un trasporto rapido di una equipe specializzata nel soccorso del paziente critico sul luogo dell'emergenza con riduzione del FIT;
- la copertura di un territorio vasto con una sola equipe e la ridefinizione delle postazioni di soccorso;
- una migliore centralizzazione ai DEA;

Gli impieghi prefigurabili consistono in:

- soccorso sanitario extraospedaliero a seguito di emergenze per incidenti del traffico, infortuni sul lavoro, sportivi e del tempo libero;
- trasporto primario dal luogo dell'evento al presidio più idoneo;
- trasporto secondario (trasferimento di pazienti critici verso i DEA: codici gialli-rossi e dei pazienti con compromissione delle funzioni vitali);
- trasporto di neonati a rischio;
- soccorso e trasporto in occasione di emergenze di massa;
- trasporto di sangue, farmaci e materiali e di equipe per il trapianto;
- soccorso rapido in montagna e sui bacini idrici in collaborazione con gli Enti Autorizzati;
- trasporti verso altre regioni per specialità mancanti (cardioch. infantile, centro ustioni, etc);

Il team ottimale operante nell'elisoccorso è individuato in un gruppo di non più di 10-12 sanitari e altrettanti infermieri (peraltro in parte già avviati a formazione nella nostra Regione) che a rotazione prestano tale attività in modo da dare motivazione culturale e continuità di servizio.

Il servizio di elisoccorso, parte integrante della CO118, sarà organizzato con una delibera ad hoc che affronti gli aspetti gestionali (gare di appalto e di esercizio), logistici (piazze, convenzione aeroportuale) e di regolamento regionale, individuando anche i criteri per la valutazione di efficienza di tale servizio, da realizzarsi alla fine della vigenza di Piano.

## B.2.2) IL DEA

La normativa vigente identifica il DEA come modello organizzativo multidisciplinare che affronta, con l'apporto sinergico delle competenze professionali esistenti nell'ospedale e nel sistema 118, i problemi assistenziali della emergenza-urgenza collocandoli presso le strutture ospedaliere dotate delle competenze e delle strutture adeguate ad affrontarli appropriatamente.

La rete degli ospedali di emergenza comprende i nosocomi di C. Castello, Gubbio, Perugia, Foligno, Spoleto, Terni e Orvieto.

Il DEA aziendale garantisce in tutte e sette le sedi la sua necessaria articolazione e operatività.

Essendo un nuovo modo di operare, deve essere assegnato al DEA il compito di:

- garantire i raccordi ed il funzionamento della rete su tutto il territorio aziendale
- assicurare un intervento completo e multidisciplinare;
- promuovere la ricerca;
- favorire il collegamento tra didattica e assistenza;

- assicurare i collegamenti tra le strutture e le competenze (ospedaliere e non) esistenti per dare risposte immediate nelle emergenze-urgenze avvalendosi della CO118 che rappresenta l'unità operativa fondamentale del DEA e con l'apporto logistico primario del Pronto Soccorso Attivo (Osservazione e Degenza Breve, Medicina di Urgenza) a cui si allacciano in modo logistico e funzionale le altre Unità specialistiche di terapia intensiva.

La riorganizzazione della rete ospedaliera in funzione dell'emergenza impone la ridefinizione dei posti letto di Area Critica, secondo le linee europee, in primis della Rianimazione mirando al raggiungimento di un parametro ottimale del totale (3%) dei letti per acuti; parimenti negli altri dipartimenti ospedalieri le altre Terapie intensive specializzate sono organizzate con riferimento ad un fabbisogno identificabile in 10 posti letto ogni 100.000 abitanti da ripartire fra UTIC, Neonatale, Unità spinali, Unità Stroke...) al fine di conseguire ad un numero di letti di terapia subintensiva neurologica, neurochirurgica, cardiocirurgica, chir. urgenza, med.urgenza, neonatale... per offrire risposte adeguate da un lato alla emergenza-urgenza e dall'altro alle quotidiane problematiche delle numerose richieste delle varie specialità in primis quelle chirurgiche, del trapianto d'organo, etc e con responsabili identificati all'interno del DEA

Il DEA, in tema di risorse tecnologiche e professionali, partecipa alla programmazione ed organizzazione dei soccorsi sanitari in occasione delle maxi-emergenze.

Il DEA, d'intesa con i relativi dipartimenti, si fa carico della gestione e organizzazione interna della emergenza intraospedaliera specie per quella inerente l'Arresto Cardio Circolatorio (con una capillare formazione del personale in BLS/D, con una distribuzione mirata di defibrillatori semiautomatici, con la istituzione di un registro ospedaliero degli Arresti Cardio Circolatori intramurali e con la individuazione di un referente per l'emergenza presso ogni dipartimento esistente) e il politrauma, identificandosi, vista la non giustificazione di un Centro Trauma (solo oltre 800 veri politraumi/anno) nel motore portante del Trauma System regionale.

### B.2.3) IL PRONTO SOCCORSO

L'atto di intesa Stato-Regione sulle Linee guida in materia di requisiti organizzativo funzionali della rete dell'emergenza sanitaria in applicazione al DPR 27.3.1992 recita: "...i DEA ... comprendono le funzioni svolte dalla UUOO di Pronto Soccorso ed Accettazione, osservazione e breve degenza, nonché di Medicina di Urgenza ove prevista" intendendo il P.S.<sup>1</sup> e questa ultima come il complesso delle attività intraospedaliere che garantiscono:

- l'attività di accettazione in urgenza ed emergenza (la attività di accettazione programmata, in Day-Hospital o Day-service compete autonomamente alle singole Strutture Complesse);
- il primo e rapido inquadramento diagnostico orientato all'identificazione della patologia acuta, rapidamente evolutiva che comporti un grave rischio per la salute e/o per la vita;
- il triage secondo i parametri dettati dall'accordo Stato-regioni pubblicato in G.U., 7.12.2001;
- l'adozione dei primi provvedimenti terapeutici mirata in particolare alla stabilizzazione del paziente critico ivi compresi i primi accertamenti diagnostici, clinici strumentali e di laboratorio e gli interventi diagnostico-terapeutici in emergenza-urgenza;
- il tempestivo ed appropriato coinvolgimento degli specialisti delle varie discipline ed in particolare di quelli afferenti al DEA;

<sup>1</sup> Su indicazione regionale reattivamente alla attività legata ad un elevato flusso turistico possono essere riconosciute sede di Pronto Soccorso anche Ospedali Territoriali (Assisi...) a condizione che sia garantita una guardia attiva h24 di Medicina Generale ed una di Chirurgia Generale con una pronta reale immediata disponibilità in Anestesia e Rianimazione.



- la selezione dei pazienti che necessitino di ricovero ivi comprese le urgenze "sociali";

Nel PS deve essere definita e ben riconoscibile l'area delle prime prestazioni (o di pronto soccorso) da quella della osservazione breve e/o degenza breve.

#### B.2.3.1) Area di Accettazione

L'Area di Accettazione deve permettere ed evidenziare un accesso chiaro al servizio di PS all'interno del quale si identificano due aree distinte fra di loro:

- *l'area dei Codici Rossi e Gialli* o della Emergenza-Urgenza destinata alla rianimazione, stabilizzazione e trattamento iniziale di tutte le emergenze e/o finalizzati alla valutazione e trattamento di pazienti in condizioni cliniche severe o che possono divenire tali con possibilità di monitoraggio continuo dei parametri vitali e ventilazione assistita nel breve termine (letti tecnici);
- *l'area di codici Verdi e Bianchi* per valutazione e trattamento di pazienti in non gravi condizioni e a basso potenziale di evolutività

Una risposta al problema degli "accessi impropri" al Pronto Soccorso da parte dei cittadini che vi giungono di propria iniziativa saltando le tappe del medico di medicina generale o dei presidi territoriali e che quasi sempre rappresentano un intasamento della attività di PS, è rappresentata dalla attivazione di un ambulatorio di "continuità assistenziale" nei pressi del P.S., con organico dedicato (medici di continuità assistenziale, medici 118, specializzandi) e con percorsi autonomi e preferenziali anche in tema di consulenze e accertamenti diagnostici; l'ambulatorio, aperto nei DEA di 2 livello H24 e in quelli di 1 livello h12, è alimentato dal Triage di P.S. e riguarda le prestazioni differibili e proprie del territorio.

#### B.2.3.2) Area di Osservazione

Nell'ambito del PS Attivi e Medicina di Urgenza (ex astanteria) vanno inoltre individuate:

- Area della Osservazione Breve* area con funzioni assistenziali a breve-medio termine (non più di 12-24 ore senza attribuzione di DRGs) relativamente a:
  - valutazione diagnostica e trattamento a breve termine di patologie urgenti ad alto grado di criticità, ma bassa gravità potenziale che possono non necessitare di ricovero ospedaliero
  - osservazione e valutazione protratta di pazienti a bassa criticità, ma potenziale gravità, per consentire nello stesso tempo la riduzione del numero di ricoveri e una dimissione sicura
- Area della Degenza Breve (o della Medicina di Urgenza):* area a degenza limitata nel tempo (massimo 3 giorni con attribuzione di DRGs) per la definizione diagnostica ed il trattamento di pazienti ad alto grado di complessità, ma a basso grado di criticità che possono, presumibilmente, essere dimessi entro tre giorni

In questa area possono essere collocati alcuni letti di Osservazione Breve "sub intensiva" per pazienti instabili ad elevato rischio senza una precisa indicazione per un loro ricovero in una qualche terapia intensiva (urgenze cardiorespiratorie, neurologiche, tossicologiche, traumatologiche, infettive, gastroenterologiche, metaboliche)<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> L'accesso dei pazienti a questo tipo di ricovero, definibile anche "osservazione", avviene secondo criteri di accettazione ed esclusione in base alle diverse patologie da trattare con un numero di posti letti che deve rientrare in quelli calcolati per l'area critica con identificazione di personale dedicato (1 medico e 1 infermiere ogni sei-dieci posti letto) e con percorsi privilegiati per un rapido accesso alle diagnostiche strumentali e non, ai laboratori. Al fine di assicurare maggiori garanzie assistenziali una quota di questi letti deve essere attrezzato con strumentazioni atte a garantire il monitoraggio delle funzioni vitali.

## C) Le relazioni con la rete ospedaliera

Le prestazioni in emergenza-urgenza da assicurare nella fase ospedaliera devono essere necessariamente conformate a criteri di progressività delle cure al fine di assicurare una risposta diagnostico-terapeutica direttamente proporzionata alla gravità della noxa. Dal punto del sistema dell'emergenza-urgenza si tratta di predisporre una vera e propria rete di servizi e presidi ospedalieri, funzionalmente differenziati e gerarchicamente organizzati, tenendo conto delle reali capacità operative degli stessi e del loro ruolo in ordine alle indicazioni esistenti con l'obiettivo di garantire la qualità degli interventi e un uso appropriato delle risorse.

### C.1) Ospedali di territorio

Sono i presidi ospedalieri che rispondono alle prime necessità sanitarie della popolazione con due tipi di attività diversificate (primo soccorso e attività programmata) e relative connesse funzioni al fine di offrire una risposta alle esigenze della popolazione per problematiche di primo soccorso (urgenza-emergenza) che per quelle a medio-breve termine (attività programmata).

Da un lato la sempre maggiore integrazione con il sistema 118 fa prevedere un aumento del flusso dei casi traumatici e non (pazienti a medio-basso rischio) trattabili nei presidi Territoriali come primo soccorso e dall'altro la esistenza di una patologia acuta o subacuta che pur essendo urgente consente un trattamento differito, seppure in tempi brevi, purché esistano le premesse per realizzare alcune condizioni quali:

- una diagnosi precoce e corretta;
- un adeguato trattamento sintomatico e respiratorio;
- un sistema privilegiato di comunicazione e trasporto associato ad un bed-service tali da consentire trasferimenti protetti nelle sedi più idonee.

Gli ospedali territoriali possono ben rispondere a tali obiettivi realizzandosi su due livelli di attività in quanto sede di:

#### C.1.1) Pronto soccorso territoriale e Postazione 118 che deve:

- assicurare un primo intervento medico mirato e la stabilizzazione del paziente critico
- rispondere alle prime necessità di traumatologia minore prevedendo competenze di area chirurgico traumatologica nei giorni infrasettimanali e anche in quelli festivi (con presenze di almeno 8 ore);
- attuare il trasporto secondario in accordo e secondo protocolli definiti condivisi con la CO118
- avere linee dedicate punto punto con la CO118 e le apparecchiature necessarie per la attivazione della telemedicina e teleconsulto ospedaliero (cardiologico, radiologico e specialistico...) anche con refertazione a distanza mediante accordi con le altre Aziende
- avere una area di Osservazione Breve e Prima Diagnostica che avvalendosi della telemedicina può dare risposte anche in teleconsulto al fine di potere, al termine del periodo osservazionale, rinviare il paziente a domicilio, ricoverarlo nella stessa struttura o in modo protetto in altre di maggior livello.

La direzione del Pronto soccorso territoriale è affidata ad un medico con maturata esperienza nel campo dell'emergenza-urgenza, con personale medico dipendente anche a rotazione integrato dal personale ET118 di servizio in postazione e con personale infermieristico fisso e dedicato

#### C.1.2) Attività programmata con particolare riferimento

- alla Chirurgia e/o ad altre branche specialistiche (ortopedia, otorinolaringoiatria, oculistica...) con una programmazione e realizzazione della Day-Surgery e Week-Surgery
- alla Medicina che oltre a mantenere la degenza per patologie internistiche istituisce un Day-Service con la programmazione di pacchetti di prestazioni specialistiche.

C.1.3) Ove presenti punti nascita va prevista la guardia anestesiologicala.

### C.2) Ospedali dell' urgenza-emergenza

#### C.2.1) Requisiti di base degli ospedali dell'emergenza urgenza

Sono gli Ospedali che per le loro caratteristiche organizzative e per le loro potenzialità sono inseriti nella rete della emergenza-urgenza essendo in grado di dare risposte avanzate alla emergenza-urgenza, modulate all'interno del DEA unico aziendale, in modo da garantire almeno un livello assistenziale che assicuri in ogni sede:

- guardia attiva h24 di P.S.
- guardia attiva h24 di Medicina Generale
- guardia attiva h24 di Chirurgia Generale
- attività h24 di Radiologia con servizio TAC (teleconsulto con i DEA)
- attività h24 di Laboratorio
- servizio di Emoteca
- attività di terapia intensiva per le specialità presenti;
- guardia anestesiologicala in relazione alle attività del punto nascita
- pronta disponibilità e/o una guardia attiva h24 di Anestesia e Rianimazione
- pronta disponibilità di specialità se presenti (Ostetricia e Ginecologia, Cardiologia, Pediatria, Ortopedia e Traumatologia...)

#### C.2.2) Requisiti di riferimento dei DEA nelle Aziende ASL

Nelle aziende sanitarie locali 1 e 3 il DEA aziendale risponde ai seguenti requisiti minimi *assistenziali*:

- guardia attiva h24 di P.S., Medicina Generale, Chirurgia generale, Anestesia e Rianimazione;
- guardia attiva o reperibilità di Ostetricia e Ginecologia, Cardiologia, Pediatria, Ortopedia e Traumatologia, Radiologia con servizio TAC
- attività h24 di Laboratorio
- servizio di Emoteca
- pronta disponibilità per tutte le altre specialità esistenti

#### C.2.3) Requisiti di riferimento dei Dea delle Aziende Ospedaliere

- guardia attiva h24 di PS, Medicina d'Urgenza e/o Generale, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ostetricia e Ginecologia (anche con un PS autonomo), Cardiologia ed Emodinamica, Pediatria (anche con un PS autonomo), Ortopedia e Traumatologia, Radiologia con servizio TAC
- attività h 24 di Laboratorio
- servizio di Emoteca
- pronta disponibilità per tutte le altre specialità esistenti

#### **D) Le azioni di supporto alla ulteriore qualificazione dell'assistenza**

- La FORMAZIONE, in attesa della ormai riconosciuta necessità di istituire una specializzazione in Medicina d'Urgenza, va orientata verso la programmazione di corsi regionali teorico-pratici post-universitari per il personale medico che infermieristico mentre le deliberazioni regionali in tema di addestramento e formazione continua del personale (DG 2453 del 22.4.1997 e DG 1434 del 14.11.2001) comprese le più recenti riguardanti anche i Progetti Vita e che normano la legge relativa alla Defibrillazione Precoce costituiscono l'altro elemento indispensabile per il raggiungimento degli obiettivi di settore.

- La *rete di telemedicina*, sfruttando la tecnologia delle telecomunicazioni attuali della rete telefonica regionale e del sistema 118, deve consentire la gestione in tempo reale di un flusso bidirezionale di informazioni tra i punti di primo soccorso e i centri specialistici con svariate possibilità quali la telelettrocardiografia, la teletrasmissione di immagini (TAC, etc), la telelettroencefalografia, il teleconsulto ospedaliero, la teledialisi con una ottimizzazione delle risorse umane e tecnologiche, con una diminuzione di ripetizione di esami e indagini strumentali, con un approccio multidisciplinare e con trasferimenti mirati riducendo gli intervalli liberi da terapia sia sul territorio che nei presidi ospedalieri territoriali.

Quanto al sistema delle relazioni intra e interorganizzative, è operante regionalmente, su delibera di Giunta (DG 2058 del 29.12.1999), il Comitato Tecnico dell'Emergenza, mentre assume rilevanza la partecipazione attiva al GIE (Gruppo Interregionale dell'Emergenza).

Le relazioni operative tra ASL ed AO per le funzioni di emergenza ed urgenza sono regolate in sede di accordi interaziendali.

#### **7.5.4.5 Riorganizzare l'offerta ospedaliera chirurgica**

La ricerca della definizione di un modello di servizio sanitario in grado di coniugare, ad un livello più alto del passato, l'efficacia clinica con l'efficienza nell'impiego delle risorse ha visto la Regione dell'Umbria impegnarsi già con la DCR n. 311 del febbraio 1997 nella promozione di modelli assistenziali a minore assorbimento di risorse. La Day Surgery, in questo contesto, è stata individuata come un modello di assistenza chirurgica innovativo, in grado di conciliare efficienza nell'utilizzo delle risorse, efficacia clinica e qualità, con rilevanti vantaggi di ordine sociale ed economico, poiché abbrevia la permanenza in ospedale, aumenta il comfort del paziente, riduce i rischi di complicanze legate alla degenza ospedaliera e contemporaneamente riduce in maniera rilevante i costi dell'ospedalizzazione. La day surgery inoltre contribuisce all'umanizzazione dei processi assistenziali, attraverso:

- una puntuale informazione relativa al percorso assistenziale che porta il paziente ad una partecipazione attiva all'evento clinico;
- una personalizzazione dell'assistenza, con notevoli benefici sul piano psicologico;

- una riduzione della componente ansiogena dell'atto chirurgico, anche in relazione alla limitata durata del ricovero.

Mentre i dati sul monitoraggio dell'attività chirurgica dell'anno 2000 sono riportati nella sezione 2 del PSR, l'analisi dell'attività delle discipline chirurgiche per singolo presidio consente di individuare alcune proposte operative che dovranno impegnare nel triennio di Piano sia la Regione che le Direzioni Aziendale ed i singoli Dipartimenti di Chirurgia:

- La Day Surgery deve entrare a pieno titolo nei programmi di attività dipartimentale in tutte le aziende, a tale proposito è necessario:
  - sollecitare una approfondita discussione dei dati presentati con le singole Unità Operative all'interno dei dipartimenti di Chirurgia;
  - collegare l'indice di trasferimento con la negoziazione del budget e con i sistemi di valutazione dei dirigenti;
- Sulla base del confronto tra l'indice di trasferibilità e l'indice di trasferimento è possibile individuare le aree in cui è necessario richiedere uno sforzo maggiore: in primo luogo i reparti di otorinolaringoiatria, ad eccezione dell'ORL di Foligno, in secondo luogo la Chirurgia generale e l'Ortopedia.
- E' necessario stimolare la differenziazione dei flussi di attività e migliorare il sistema di codifica per individuare in maniera univoca l'attività di Day Surgery.
- E' necessario sollecitare un maggior coinvolgimento dell'Università sui temi della formazione universitaria e soprattutto post-universitaria.

## A) OBIETTIVI

*1. applicare e sviluppare modelli organizzativi innovativi, in grado di migliorare l'efficienza operativa delle strutture.*

L'offerta dei posti letto per l'attività programmata è riorganizzata secondo il criterio della gradualità delle cure e dell'intensità terapeutica, diversificando il flusso dei pazienti chirurgici all'interno delle diverse modalità assistenziali: (Chirurgia ambulatoriale, Day Surgery, Week Surgery, Chirurgia in regime ordinario).

La separazione dei flussi assistenziali e l'aggregazione per intensità, gradualità delle cure e tipologia di intervento può consentire:

- una maggior appropriatezza dei ricoveri in regime ordinario;
- una ridotta incidenza delle infezioni nosocomiali;
- il potenziamento della preospedalizzazione e conseguentemente la progressiva riduzione della degenza pre-operatoria per le procedure chirurgiche eseguite in elezione;
- la riduzione dei posti letto mantenendo inalterato il regime di attività;
- lo sviluppo di tecniche chirurgiche mininvasive, più efficienti, gravate da minori complicanze, minore permanenza in ospedale e migliori risultati;
- l'incremento dell'efficienza operativa e gestionale;
- la liberazione di risorse per l'assistenza intensiva postoperatoria per i pazienti affetti da patologie maggiormente impegnative.

2. *Effettuare in regime di day surgery almeno il 80% degli interventi individuati nella “lista delle procedure chirurgiche trasferibili” .*

Poiché la lista delle procedure riveste un carattere dinamico, sono stati previsti aggiornamenti periodici, l'ultimo dei quali ha visto coinvolti specialisti della chirurgia generale e delle altre specialità chirurgiche.

L'elenco delle procedure chirurgiche effettuabili in Day Surgery (classificate secondo le modalità dell'ICD9-C) può essere utilizzato per programmare il fabbisogno di posti letto chirurgici e verificare l'appropriatezza del loro utilizzo.

Tale strumento, dimostratosi di estrema validità, consente di stimare la quota di ricoveri con intervento chirurgico o con procedura diagnostica invasiva potenzialmente trasferibile dalla degenza ordinaria alla day surgery favorendo una verifica costante dell'appropriatezza dei ricoveri nei reparti chirurgici e determinando una maggiore responsabilizzazione dei professionisti per un utilizzo ottimale delle risorse assegnate.

3. *Sperimentare le potenzialità dell'organizzazione dipartimentale.*

Il modello dipartimentale pur essendo individuato nei vari atti di programmazione come soluzione ideale per l'organizzazione ospedaliera non ha trovato ancora diffusa applicazione per la coesistenza di vincoli che rendono complessa la scelta dell'integrazione (carenza di competenze organizzative specifiche e resistenze al cambiamento).

È necessario favorire l'integrazione organizzativa, clinica e culturale per attivare un processo di innovazione basato su:

- Flessibilità organizzativa e centralità del paziente, quale punto di riferimento nell'integrazione clinico-organizzativa;
- Responsabilizzazione dei dirigenti, focalizzando l'attenzione sui processi produttivi, quale condizione per conseguire contemporaneamente efficacia ed efficienza;
- Realizzazione di un modello organizzativo basato sulla integrazione interprofessionale e multidisciplinare, secondo la logica del case management, in grado di garantire al paziente la qualità del servizio erogato.

La proposta di riorganizzazione si propone di sperimentare un modello organizzativo che si caratterizza per:

- centralità del governo clinico
- maggiore funzionalità, superamento della parcellizzazione dei centri decisionali, concentrando la programmazione di tutti gli interventi di media – bassa complessità;
- collegamento degli obiettivi operativi con l'assegnazione di risorse ai dipartimenti;
- sperimentazione di un organigramma basato su rapporti di tipo prevalentemente funzionale, anziché gerarchico, con forme di collaborazione tra Unità Operative che consentano di affrontare i problemi per processi assistenziali, intesi come sequenza integrata di attività.

## **B) ASSETTO ORGANIZZATIVO DELLE CHIRURGIE NEL TRIENNIO DI PIANO**

### *B.1) Stima del fabbisogno di posti letto*

Sulla base dei dati di trasferibilità (stima della quota di interventi trasferibili) è possibile programmare le risorse in termini di posti letto per la Day Surgery e contestualmente ridefinire il numero dei posti letto per i ricoveri in regime ordinario.

La necessità di posti letto di ricovero ordinario per presidio e per singola disciplina è stata stimata sulla base dei dati di attività riferiti all'anno 2000<sup>1</sup>

Il calcolo dei posti letto di day surgery è stato effettuato partendo dalla stima del numero dei ricoveri trasferibili, ipotizzando un tasso di utilizzo del 100% e 240 giorni annui di attività lavorativa.

Le tabelle A1 e A2 (vedi Allegato 3) correlano la necessità di posti letto in regime di ricovero ordinario e di Day Surgery, individuata sulla base dei criteri precedentemente esposti, con i posti letto attivati negli istituti pubblici (Tab A1) e nelle case di cura private (Tab A2) al 31.12.2001. *Le tabelle dell'Allegato 3 non costituiscono vincolo, bensì un riferimento per le Direzioni aziendali e la Regione, in quanto parametri di riferimento.*

Tale confronto ha evidenziato: a) un eccesso di posti letto per il regime di ricovero ordinario che, con un tasso di utilizzo dell'80%, può essere quantificato in 180 posti letto per gli istituti pubblici e in 130 posti letto per le case di cura private; b) un numero di posti letto attivati in regime di Day Surgery lievemente superiore alla stima del fabbisogno per gli istituti pubblici e la mancata formalizzazione dei posti letto di Day Surgery nelle case di cura private.

La stima del fabbisogno di posti letto chirurgici per singolo presidio, può essere dedotta dalle tabelle B1 e B2 (vedi Allegato 3) che prendono in considerazione tutta l'attività chirurgica effettuata nei singoli presidi nell'anno 2000, comprese le procedure diagnostiche o terapeutiche complesse che afferiscono a DRG medici, senza tener conto del reparto che ha effettuato la dimissione.

Per i ricoveri ritenuti appropriati sono necessarie 285.290 giornate di degenza, con un tasso di utilizzo dell'80% ed un indice di operatività del 70%, corrispondono a 1118 posti letto di ricovero in regime ordinario per gli istituti pubblici e ad 82 per le case di cura private.

Un'indicazione sull'articolazione interna dei posti letto è fornita dalle tabelle C, D, E, F, G (vedi allegato 3) che riportano la stima del fabbisogno per singola disciplina chirurgica. La somma di questi numeri risulta inferiore a quella riportata nelle tabelle B1 e B2, poiché nelle prime sono presi in considerazione i ricoveri con procedura chirurgica dimessi dai reparti chirurgici mentre nelle seconde sono presi in considerazione tutti i ricoveri con procedura chirurgica a prescindere dal reparto di dimissione.

La stima per disciplina non tiene conto ad esempio dei DRG chirurgici effettuati nei reparti di pediatria e dei DRG medici con procedura diagnostico-terapeutica complessa, effettuati nei reparti di cardiologia o di medicina.

## C) DIFFERENZIAZIONE DELL'OFFERTA CHIRURGICA

<sup>1</sup> Sono stati utilizzati i seguenti criteri:

- analisi dei ricoveri chirurgici totali (ricoveri ordinari + day surgery con DRG chirurgico o con DRG medico contenente procedure chirurgiche complesse).
- Calcolo della quota di interventi trasferibili, sulla base delle procedure ricomprese nella lista degli interventi effettuabili in day surgery, aggiornata dal gruppo di lavoro regionale.
- Stima della quota di ricoveri appropriati in base al principio sancito dai LEA, ponendo come obiettivo un indice di trasferimento dell'80%.
- Per i ricoveri ritenuti appropriati in regime ordinario è stata considerata la degenza media rilevata nell'ultimo anno di attività, per valutare il numero di giornate di degenza appropriate in ricovero ordinario;
- il numero dei P.L., è stato stimato tenendo a riferimento un tasso di utilizzo dell'80% ed un indice di operatività globale del 70%, variabile per le singole discipline: (80% Ortopedia ed Oculistica; 70% Chir. ed ORL; 40% Ginecologia).

Per migliorare l'appropriatezza dell'uso delle risorse, l'attività chirurgica programmata è differenziata attraverso quattro modalità di erogazione:

### C.1) Chirurgia Ambulatoriale

Con il termine di chirurgia ambulatoriale si intende: *“la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive praticabili senza ricovero, in ambulatori ed ambulatori protetti, in anestesia topica, locale, loco regionale (limitatamente agli ambulatori protetti) e/o analgesia”*.

Le prestazioni di chirurgia ambulatoriale potranno essere effettuate, in funzione della loro diversa complessità sia in ambulatori dotati dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi che in ambulatori protetti, intesi come ambulatori che oltre a possedere tali requisiti siano posti nell'ambito di una struttura di ricovero, anche a solo ciclo diurno.

Per favorire lo sviluppo della CHIRURGIA AMBULATORIALE si prevede la revisione del nomenclatore tariffario regionale con la definizione delle procedure realmente effettuabili ambulatorialmente, l'adeguamento delle tariffe ambulatoriali in funzione dei costi di produzione, nonché la definizione dei requisiti minimi e degli ulteriori requisiti per l'accreditamento delle strutture.

### C.2) Day Surgery

La day-surgery<sup>1</sup> è la modalità assistenziale definita come *“possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici, od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi invasive, in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, o con eventuale pernottamento (one day surgery), in anestesia locale, loco regionale o generale”*.

Viene ribadita la scelta di prevedere per la day surgery la possibilità del pernottamento, poiché in tal modo è possibile:

---

#### <sup>1</sup> DAY SURGERY: MODELLI ORGANIZZATIVI

Come indicato dalla Commissione di studio per la day surgery, istituita dal Ministero della Salute, vengono individuati tre modelli organizzativi:

- a) Unità autonome dedicate;
  - b) Unità integrate;
  - c) Posti letto dedicati.
- a) Le **UNITÀ AUTONOME DEDICATE** sono strutture mono o multidisciplinari, dotate di autonomia gestionale ed organizzativa, che si caratterizzano per:
- presenza di sale operatorie e spazi di degenza esclusivamente dedicati;
  - personale dedicato;
  - inserimento in un'ottica di tipo dipartimentale o interdipartimentale;
  - entità significativa della casistica trattata.
  - Le Unità Autonome Dedicare possono configurarsi come *Unità dedicate*, poste all'interno di istituti di ricovero, come *free standing on campus* (padiglione o struttura dedicata all'interno di un complesso ospedaliero) oppure come *free standing off-campus*, esterne a strutture di ricovero, che debbono prevedere il rapporto funzionale con strutture di ricovero per la gestione delle eventuali complicanze ed emergenze. Le Unità autonome dedicate, in base alla consistenza delle risorse umane, tecnologiche, al grado di autonomia gestionale ed alla complessità dell'organizzazione interna, si possono configurare come strutture complesse.
- b) Le **UNITÀ INTEGRATE** sono strutture mono o multidisciplinari, presenti all'interno di strutture di ricovero, quale articolazione di una struttura complessa (unità operativa o dipartimento), che si caratterizzano per la presenza di spazi di degenza dedicati e l'utilizzo di sale operatorie centralizzate con sedute dedicate, secondo turni prestabiliti. L'analisi delle attività chirurgiche delle case di cura private evidenzia, in alcuni casi, un indice di trasferibilità molto elevato: Casa di cura Liotti (84.2%), Casa di cura Villa Aurora (76.5%), Porta Sole (71.1%). Sulla base di tali dati è auspicabile una loro riorganizzazione in strutture di day surgery integrate.
- c) **POSTI LETTO DEDICATI** alle attività di day-surgery all'interno di unità di degenza di ricovero ordinario, con utilizzo di sale operatorie centralizzate, secondo orari e giorni della settimana prestabiliti.

Tale modello organizzativo pur consentendo l'avvio delle attività di day surgery e la diffusione di una nuova cultura non permette di conseguire i benefici tipici della day surgery, quali pianificazione, rispetto della programmazione, ottimizzazione delle risorse e personalizzazione dell'assistenza. Per tale motivo si auspica la sua evoluzione verso i modelli sopra descritti.



- trasferire in regime diurno atti chirurgici più complessi per i quali sia necessario garantire un periodo di osservazione postoperatoria adeguato, tra i quali gli interventi laparoscopici;
- effettuare in regime di Day surgery interventi gravati da una significativa incidenza di complicanze come, ad esempio, la tonsillectomia e l'adenotonsillectomia; a tale proposito, la Società Italiana di Otorinolaringoiatria ha prodotto linee guida che consigliano il pernottamento per alcune tipologie di trattamento;
- consentire l'accesso a tali modelli assistenziali a pazienti con residenza lontana o che non possano essere dimessi in relazione a problemi di ordine socio-familiare, psicologico, o per la comparsa di effetti indesiderati.

I posti letto devono essere chiaramente ed esclusivamente destinati alla day surgery e la pianificazione dell'attività chirurgica deve essere nettamente distinta dall'attività di chirurgia ordinaria. In nessun caso dovrebbero essere utilizzati per l'accettazione di pazienti ricoverati in urgenza, altrimenti verrebbe meno un requisito essenziale, quale la netta separazione dei flussi, indispensabile per garantire il rispetto della programmazione.

*I diversi modelli organizzativi possono coesistere nell'ambito di una stessa Azienda.*

La riorganizzazione dell'attività chirurgica a ciclo diurno nelle Aziende Sanitarie con più presidi, può prevedere due diverse modalità:

1) la centralizzazione della Day Surgery in un unico presidio (free standing), nel quale far confluire tutta l'attività trasferibile<sup>1</sup>.

2) L'individuazione in ogni presidio di una unità integrata, funzionalmente collegata con una struttura di week surgery o una struttura di degenza ordinaria.<sup>2</sup>

In altri casi (come ad esempio Castiglione del Lago, Città della Pieve ed Amelia), poiché l'entità della casistica non giustifica l'esistenza di una unità integrata si potrebbe ipotizzare l'attivazione di una week surgery con alcuni posti letto destinati alla day surgery.

Per favorire lo sviluppo della DAY SURGERY viene confermata la possibilità del pernottamento (One Day Surgery) ed il sistema di incentivazione economica legato al riconoscimento del 100% della tariffa per i DRG trattati in Day Surgery. Viene garantita la netta separazione dei flussi e le risorse necessarie al corretto funzionamento della strutture, prevedendo in particolar modo un numero di sale operatorie correlato con i posti letto. Vengono inoltre formalizzati i modelli organizzativi con la definizione dei ruoli della responsabilità.

### C.3) Week Surgery

Per week surgery si intende *“la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici per i quali è opportuna una osservazione postoperatoria superiore alle 24 ore che, di norma, non si prolunga oltre le 72 ore, in regime di ricovero ordinario in strutture funzionanti in maniera continuativa dal lunedì al venerdì”*.

Il modello organizzativo presenta notevoli analogie con la day surgery, in particolare per quanto riguarda la separazione dei flussi, al fine di evitare interferenze con l'attività d'urgenza, il percorso preoperatorio, le modalità di programmazione e gestione delle liste d'attesa, così come il sistema degli indicatori di attività.

La week surgery potrebbe essere una soluzione ottimale per:

<sup>1</sup> Tale soluzione potrebbe essere valida sia per la ASL 1 (Città di Castello, Umbertide, Gubbio), che per la ASL 2 (Todi, Marciano, Assisi).

<sup>2</sup> Nella seconda ipotesi, l'attivazione di una unità integrata polispecialistica potrebbe rappresentare la scelta ideale per Gubbio (1661 interventi trasferibili), Città di Castello (1345), Umbertide (960), Spoleto (2299), Assisi (1084), Narni (1064).

- tutte le Unità Operative di Oculistica.
- per alcune Unità Operative di Otorinolaringoiatria.
- per le unità operative di chirurgia generale con elevato indice di trasferibilità, collocate negli ospedali non ricompresi nella rete dell'emergenza.

La week surgery potrebbe essere ipotizzata anche come uno dei modelli di erogazione dell'assistenza chirurgica nei presidi che hanno più unità operativa di chirurgia generale o unità operative di chirurgia con più sezioni. Potrebbe essere ipotizzata anche per alcuni reparti di ortopedia che si caratterizzano per una breve degenza media post operatoria ed un indice di trasferibilità superiore al 50%.

L'attivazione della week surgery potrebbe essere favorita dalla contestuale individuazione di aree di degenza comuni per i pazienti operati che, superata la fase peri operatoria, necessitano di stabilizzare i parametri clinici.

#### *C.4) Chirurgia in regime ordinario*

Il regime di ricovero ordinario tradizionale dovrebbe essere riservato soltanto a quei casi che necessitano di un'assistenza postoperatoria superiore ai quattro giorni.

La chirurgia in regime ordinario tradizionale, attivata soltanto nei presidi ricompresi nella rete dell'emergenza, dovrebbe farsi carico di garantire la continuità assistenziale nell'arco dell'intera settimana e la gestione delle urgenze chirurgiche.

L'attivazione dei modelli organizzativi precedentemente definiti, presenta i seguenti vantaggi:

- favorisce l'appropriatezza dei regimi di ricovero;
- consente di qualificare l'assistenza infermieristica a parità di risorse;
- consente di recuperare risorse per attivare in tutte le U.O. chirurgiche dei moduli di assistenza intensiva postoperatoria;
- permette di realizzare concretamente la diversificazione dell'assistenza per livelli di intensità di cura;
- favorisce la qualificazione professionale, stimolando la diversificazione dell'attività, l'acquisizione di nuove tecnologie e di conseguenza consente di migliorare la "clinical competence".

#### **D) Condizioni per il successo della riorganizzazione :**

- ridefinire l'assetto organizzativo dei dipartimenti;
- coniugare la riorganizzazione dell'assistenza per livelli di intensità con la reale attribuzione di responsabilità;
- incentivare le spinte che provengono dall'innovazione tecnologica con scelte amministrativo-gestionali congrue e coerenti;
- favorire il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale attraverso strumenti adeguati, definiti in sede di contrattazione decentrata;
- promuovere l'informazione e la formazione degli operatori;
- definire un sistema permanente per il monitoraggio delle attività e per la valutazione di qualità;
- avviare un sistema di rilevazione maggiormente orientata a misurare gli outcome.

#### 7.5.4.6 Riorganizzare l'offerta ospedaliera nell'area medica

La riorganizzazione dell'offerta ospedaliera nell'area medica registra nella nostra regione una minore maturità rispetto alle tematiche dell'emergenza urgenza, della chirurgia e della riabilitazione.

Per definire in maniera più dettagliata la tipologia di pazienti che possono essere appropriatamente assistiti nella rete ospedaliera come riconfigurata dal PSR, la *Regione approva entro sei mesi dall'entrata in vigore del PSR indicazioni per la corretta articolazione delle competenze nell'area medica tra ospedali dell'emergenza e ospedali di territorio, unitamente a indicazioni per l'appropriatezza nelle attività di dh medico.*

Si ritiene invece opportuno presentare in questa cornice il modello di day service in quanto ritenuto in grado di sostituire buona parte delle attività che hanno fino ad ora fatto capo al dh medico.

#### Il Modello di Day Service

Il Day Service rappresenta un modello organizzativo innovativo che si realizza attraverso l'erogazione di prestazioni ambulatoriali multidisciplinari integrate in base a criteri che tendono a costruire un percorso diagnostico terapeutico organizzato. Consiste nella "presa in carico" da parte dello specialista del paziente in tutte le diverse fasi del percorso clinico fino alla risoluzione del quesito diagnostico terapeutico e della valutazione complessiva delle condizioni cliniche e dei fattori di rischio.

Si realizza attraverso l'offerta di "pacchetti" predefiniti, per patologia e livelli di criticità, di prestazioni specialistiche ambulatoriali. Il Day Service può essere attivato anche per pazienti che presentano patologie per le quali si prospettano processi assistenziali, diagnostici o di follow up relativamente standardizzabili.

Segue un percorso analogo a quello di un ricovero in Day Hospital, cioè l'offerta di una forma organizzata di gestione del problema di salute attraverso:

- la definizione di percorsi assistenziali organizzati all'interno della struttura (ospedale, poli ambulatori);
- la presenza di personale formato e qualificato nella gestione di casi complessi e di offerta dei servizi;
- l'erogazione del "pacchetto di prestazioni" predefinito possibilmente nell'arco della giornata;
- la programmazione, per i casi più complessi, di un numero limitato di accessi (due max tre).

*E' un regime ambulatoriale e quindi prevede la eventuale partecipazione alla spesa sanitaria da parte dell'utente*

#### *Soggetti destinatari*

Il Day Service si rivolge ad utenti che presentano problematiche cliniche per le quali il ricovero risulterebbe eccessivo o inappropriato, ma sufficientemente complesse da rendere opportuna la gestione specialistica in tempi relativamente brevi.

#### *Obiettivo generale*

Garantire appropriatezza e tempestività della risposta assistenziale di tipo ambulatoriale.

#### *Obiettivi specifici:*

- Ridurre il tasso di ospedalizzazione attraverso la diminuzione dei ricoveri potenzialmente inappropriati (*ottimizzazione risorse*)
- Semplificare il percorso di accesso alle strutture ambulatoriali riducendo le prassi burocratiche (*corsia preferenziale di prenotazione del pacchetto a CUP*)

- Superare i limiti dell'attività ambulatoriale semplice garantendo la continuità assistenziale (*presa in carico, documentazione clinica iter diagnostico*);
- Aumentare l'integrazione funzionale tra i vari specialisti e tra essi e il Medico di Medicina Generale;
- Migliorare la qualità della pratica clinica attraverso la formalizzazione delle competenze plurispecialistiche in percorsi clinici condivisi.

*Vantaggi attesi*

- ❖ Possibilità di studiare e definire con maggiore esattezza l'attività specialistica ambulatoriale;
- ❖ introduzione di un nuovo strumento assistenziale senza sovraccarico organizzativo;
- ❖ tendenza all'ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse
- ❖ aumento del grado di soddisfazione dell'utente verso le strutture aziendali

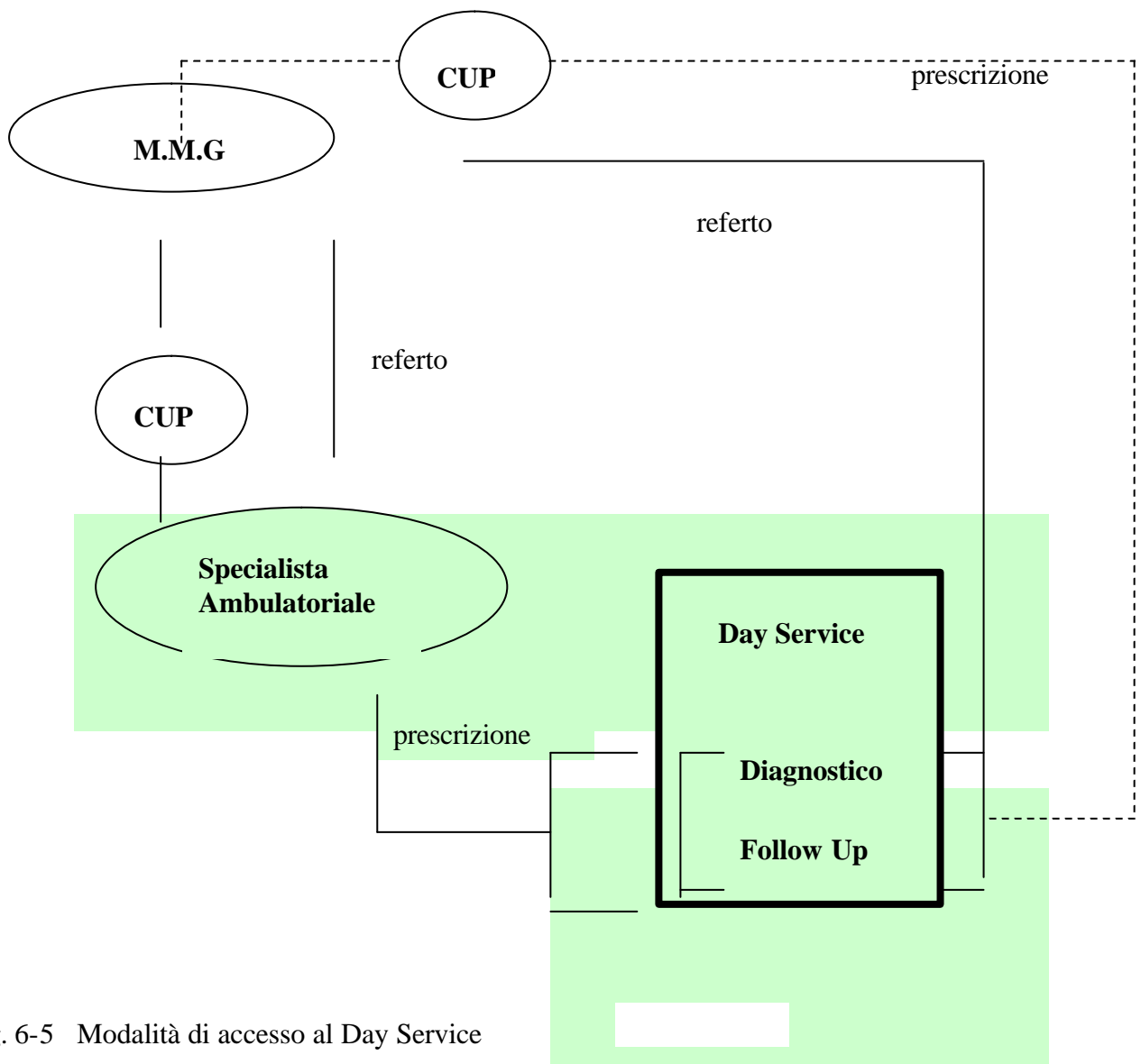


Fig. 6-5 Modalità di accesso al Day Service

### Modalità di accesso

Il Medico di Medicina Generale invia il paziente per una valutazione diagnostica complessa presso il Day Service esplicitando la richiesta di consulenza specialistica, il quesito o il sospetto diagnostico iniziale.

Il Day Service è attivato dallo Specialista che definisce l'iter diagnostico (clinico e strumentale) e il piano terapeutico. Gli appuntamenti vengono fissati attraverso percorsi organizzati interni alla struttura

Al termine del percorso lo Specialista redige per il Medico di Medicina Generale il referto con l'esplicitazione della conclusione diagnostica ed eventuale suggerimento terapeutico.

Il MMG può richiedere direttamente l'esecuzione del "pacchetto di prestazioni predefinite" per le patologie per le quali lo stesso è stato definito ed attivato.

### Fase di sperimentazione

Considerato che l'introduzione di nuove modalità di prenotazione e la riorganizzazione delle modalità di erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, volte a facilitare i percorsi dei pazienti, hanno un forte impatto sulla organizzazione e necessitano di un forte investimento in termini di formazione del personale è necessario prevedere una fase di sperimentazione che vede coinvolte sia le Aziende Ospedaliere sia quelle territoriali.

Al termine della sperimentazione e in base ai risultati raggiunti saranno elaborate le linee guida per la implementazione su scala regionale del Day Service.

**Tabella n. 6.12 Calendario di azioni per l'assistenza ospedaliera e principali responsabilità.**

I° anno	Attivazione elisoccorso	Regione
	Potenziamento DEA, pronti soccorso e rete emergenza territoriale	ASL ed AO
	Accorpamento dei presidi e dei dipartimenti a livello di ASL	ASL ed AO
	Riorganizzazione delle chirurgie per day surgery, week surgery, chirurgie d'urgenza e chirurgia ambulatoriale	ASL ed AO
	Messa a punto dei criteri per riorganizzare le attività di area medica e avvio day service	Regione ASL AO
	Avvio attività riabilitative negli ospedali di territorio	ASL
	Attivazione moduli di RSA a degenza breve negli ospedali.	ASL AO (su mandato ASL)
II° anno	Riorganizzazione area medica	ASL ed AO
	Integrazione tra DEA e aree assistenziali per ictus, infarto, traumi gravi cranio encefalici	ASL ed AO

	Ulteriore sviluppo attività riabilitative negli ospedali di territorio	ASL ed AO
	Promozione governo clinico e prime misurazioni di outcome	Regione ASL AO
<b>III° anno</b>	Verifica funzionamento ed efficacia del sistema ospedaliero	Regione

### 7.5.4.7 Riorganizzare e Sviluppare la rete riabilitativa

Il precedente PSR 1999-2001 ha permesso di ristrutturare la rete riabilitativa regionale portando all'istituzione dei Dipartimenti di Riabilitazione e stabilendo i centri di riabilitazione intensiva e le strutture di alta specializzazione. Il Piano assume il compito di sviluppare ulteriormente la rete riabilitativa indicando ulteriori elementi organizzativi relativi sia agli aspetti territoriali che ospedalieri.

La riorganizzazione si aggancia ad una serie di azioni volte a definire i principali percorsi riabilitativi, sui quali sono stati attivati gruppi di lavoro ad hoc (percorsi sulle mielolesioni; percorsi prescrittivi protesi e ausili; percorsi di integrazione socio-sanitaria; definizione applicativa del Livelli Essenziali di Assistenza) ed i cui risultati sono alla base dello sviluppo proposto.

#### A) Obiettivi di Salute

L'obiettivo principale è quello nella nuova accezione fornita dall'OMS, di far riacquisire il miglior stato di salute possibile, dove il concetto di salute non riguarda solo aspetti specificamente medici ma rappresenta l'ottimizzazione delle funzionalità del nostro corpo, delle attività nella vita quotidiana ad esso correlate e della migliore partecipazione sociale possibile. Si conferma quindi che il processo riabilitativo agisce a tutti i livelli in un continuum di intervento socio-sanitario.

*L'azione sulle limitazioni funzionali, sulla disabilità (favorendo le attività della vita quotidiana) e la partecipazione implicano un intervento riabilitativo multidimensionale, non fondato solo sull'esercizio terapeutico ma anche nel favorire le condizioni adattative sia con l'apprendimento che con opportuni ausili.*

L'obiettivo generale di salute correlato alla riabilitazione è quello dell'aumento degli anni vissuti senza disabilità e di limitare la gravità della disabilità. Su questa base occorre collegarsi con gli obiettivi di salute specifici delineati dall'attuale piano.

In particolare le azioni sono rivolte:

- Diminuzione delle disabilità conseguenti a malattie cerebrovascolari.
- Diminuzione delle disabilità conseguenti ad eventi traumatici.
- Diminuzione delle disabilità conseguenti a malattie respiratorie.
- Diminuzione delle disabilità conseguenti a malattie cardiovascolari.
- Diminuzione delle disabilità conseguenti a malattie osteomioarticolari
- Diminuzione delle disabilità conseguenti a disturbi cognitivi acquisiti

Occorre inoltre limitare il degrado della disabilità nelle condizioni di cronicità.

## B) Obiettivi di servizio

Sulla base di prove di efficacia e di esperienze consolidate si delineano alcune linee di intervento:

- Razionalizzazione e miglioramento degli *interventi in rete*
- Definizione del modello multidisciplinare e multiprofessionale.
- Riconversione dell'intervento per prestazioni in una globale *presa in carico della persona disabile*.
- Creazione di un *sistema regionale coordinato* per l'intervento riabilitativo.

## C) Strumenti Operativi

### C.1) La presa in carico

Nel processo riabilitativo è fondamentale la modalità della presa in carico della persona disabile che avviene attraverso:

- L'équipe riabilitativa
- Il progetto riabilitativo individuale
- Il programma riabilitativo

#### C.1.1) L'équipe riabilitativa

L'équipe riabilitativa è un team multiprofessionale e multidisciplinare. Il coordinatore dell'équipe e responsabile del progetto riabilitativo è il *medico specialista competente in riabilitazione* intendendo con questo termine un Fisiatra o altro medico specialista che sia referente o responsabile di un'attività di riabilitazione strutturata nell'Azienda sanitaria.

All'interno del team tutti i componenti sono responsabili sulla base della propria professionalità dei singoli programmi.

#### C.1.2) Il progetto riabilitativo individuale

Si definisce progetto riabilitativo individuale l'insieme delle proposizioni elaborate dalla équipe riabilitativa.

Il progetto:

- tiene conto in maniera globale della disabilità, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e dei bisogni espressi del paziente (e/o dei suoi familiari);
- definisce gli esiti desiderati, le aspettative e le priorità del paziente, dei suoi familiari, quando è necessario, e dell'équipe curante;
- definisce la composizione dell'équipe rispetto alle azioni da intraprendere per il raggiungimento degli esiti desiderati;
- definisce, nelle linee generali, gli obiettivi a breve, medio e lungo termine, i tempi previsti, le azioni e le condizioni necessarie al raggiungimento degli esiti desiderati;

#### C.1.3) Il programma riabilitativo

All'interno del progetto riabilitativo, il programma riabilitativo definisce:

- gli interventi specifici durante il periodo di presa in carico individuando gli obiettivi immediati e aggiornandoli nel tempo;
- modalità e tempi di erogazione delle singole prestazioni previste negli stessi interventi;
- le misure di esito appropriate per la valutazione degli interventi sulla disabilità;

- il programma viene verificato ed aggiornato periodicamente durante il periodo della presa in carico.

### *C.2) Strutturazione della rete*

In generale le attività di riabilitazione sono erogate mediante *una rete di servizi ospedalieri ed extraospedalieri* appositamente dimensionati. La rete è composta da nodi che hanno un proprio specifico mandato.

#### *C.2.1) Livello Territoriale*

L'intervento riabilitativo territoriale è riservato a persone disabili in fase post-acuta in continuità con il programma riabilitativo ospedaliero o con presa in carico diretta di casi di media-bassa disabilità. Il territorio ha inoltre il compito di monitorare l'andamento temporale delle disabilità con intervento specifico nelle condizioni di cronicità quando si rilevano obiettivi riabilitativi.

Nel territorio sono garantiti inoltre i percorsi di integrazione socio-sanitaria collegandosi con i servizi sociali di base e con l'Unità di Valutazione Multidisciplinare per disabili (UMVd).

*L'intervento si esplica essenzialmente tramite il setting riabilitativo ambulatoriale e domiciliare che deve costituire momento di appropriatezza ed efficacia sia per l'ottimizzazione dell'intervento riabilitativo che per le possibili ricadute in termini di riduzione delle incongrue ospedalizzazioni.*

*L'attività riabilitativa domiciliare, per i pazienti non trasportabili e per patologie definite, è un livello dotato di caratteristiche proprie, in grado talora di esaurire in se stesso il totale degli interventi riabilitativi da espletare sul paziente (adattamenti ambientali, interventi sugli stili di vita, ecc.) e potendo, inoltre, costituire un collegamento efficace, seppur temporaneo, tra il ricovero ospedaliero e l'ambulatorio.*

L'organizzazione della riabilitazione territoriale deve adeguarsi alle modalità di presa in carico (vedi DGR 893/2002 in materia di allegato 2B sui LEA) da parte dell'équipe multidisciplinare e multiprofessionale, per cui occorre prevedere:

- ♦ Poli di Riabilitazione Territoriale (PRT) composti da un'équipe riabilitativa. Di norma tali centri sono all'interno dei centri di salute o vi fanno comunque riferimento affinché si possano comporre competenze anche extrariabilitative per un progetto complessivo: assistente sociale, medico di Medicina Generale (MMG), medico pediatra di libera scelta (MPLS), psicologo, ecc.
- ♦ prestazioni ambulatoriali che possono essere erogate anche dalle U.O. di Riabilitazione degli ospedali territoriali e di emergenza delle ASL o delle Aziende ospedaliere e dalle strutture private accreditate.

La riabilitazione infantile è svolta da specifiche strutture territoriali che si collegano alla riabilitazione dell'adulto nel partecipare al dipartimento di riabilitazione

#### *C.2.2) Degenza Riabilitativa*

E' articolata in degenza intensiva ed estensiva. La distribuzione dei posti letto deve essere proporzionale alla popolazione delle singole aziende territoriali.

##### *C.2.2.1) Riabilitazione Intensiva a ciclo continuativo*

Le U.O. di Riabilitazione Intensiva sono presenti di norma nelle aziende territoriali.

Nelle aziende ospedaliere, al di fuori degli accordi aziendali, vengono svolte esclusivamente le funzioni finanziate dalla Regione su mandato (USU AOPG).



Mentre la ASL 3 ha organizzato la attività di riabilitazione intensiva neuromotoria di Trevi in quanto acquirente e negoziandola, per il bacino regionale con le altre ASL della provincia di Perugia, per la AOTR è opportuno che le attività di riabilitazione intensiva vengano negoziate con la ASL 4 all'interno degli accordi aziendali.

Tali vincoli sono dettati dalla necessità di garantire agli ospedali di territorio funzioni effettive, decongestionando altresì le AO delle funzioni decentrabili; per tali motivi è la ASL che ha l'onere di gestire l'allocazione di queste attività all'interno di una visione di sistema. Allo scopo di facilitare il percorso dalla fase acuta alla fase riabilitativa occorre un forte e strutturato coordinamento tra le aziende ospedaliere e le strutture periferiche di riabilitazione intensiva. Questo migliorerebbe l'efficacia e l'appropriatezza dell'intervento in acuto minimizzando il tempo di permanenza nelle strutture per acuti (Neurochirurgia, rianimazione, Stroke Unit etc.) e permettendo un precoce intervento riabilitativo specifico.

La riabilitazione intensiva è caratterizzata da un intervento riabilitativo individuale di almeno 3 ore a paziente ed è destinata essenzialmente a pazienti in fase post acuta e ad un numero minore di pazienti in fase cronica con peggioramento della disabilità, che possono trarre beneficio dall'intensività. I pazienti che non possono sostenere la riabilitazione intensiva per le comorbidità o per la condizione in generale che non trarrebbe beneficio dall'intensività dell'intervento devono essere trattati in ambito estensivo.

Per la riabilitazione intensiva è individuato un ospedale per ogni azienda territoriale. Nello specifico la Asl1 a Umbertide, la ASL2 a Passignano, la ASL3 a Trevi, la ASL4 a Terni con la prospettiva di riconversione degli ospedali periferici di Narni e Amelia. Questi ospedali vengono a costituire la rete di intervento intensivo strettamente integrata con le strutture di alta specializzazione e, soprattutto, con il territorio verso il quale occorre stabilire dei protocolli condivisi di presa in carico e dimissioni programmate per garantire la continuità assistenziale.

#### **C.2.2.2.) Riabilitazione intensiva a ciclo diurno (day hospital riabilitativo)**

*Nel caso in cui le condizioni di disabilità siano tali da far ritenere non più necessario il trattamento riabilitativo in regime di degenza continuativa, ma siano comunque tali da richiedere un intervento complesso e prolungato in ambiente specialistico protetto, opportunamente attrezzato, si può ricorrere alla riabilitazione intensiva a ciclo diurno (Day-Hospital Riabilitativo).*

Il Day-Hospital Riabilitativo, afferente all'U.O. di Riabilitazione, rappresenta un nodo essenziale della rete riabilitativa e vi vengono effettuate - nell'arco di un ricovero mediamente non inferiore alle tre ore - tutte le operazioni di monitoraggio dell'evoluzione clinica del paziente, nonché ogni necessario intervento specifico di riabilitazione finalizzata al più completo recupero funzionale.

#### **C.2.2.3) Riabilitazione Estensiva**

I pazienti che per natura della disabilità non possono sostenere la riabilitazione intensiva e non possono essere gestiti a domicilio sono trattati in strutture di riabilitazione estensiva. La riabilitazione estensiva consiste in un intervento riabilitativo tra 1 e 3 ore con tutela medico/infermieristica. Questa può essere la chiave per convertire gli ospedali periferici a un ruolo che richiede professionalità e complessità di intervento. Inoltre può essere anche una modalità di utilizzo di specifiche convenzioni con il privato.

#### **Tab. n.6-13 Valutazione epidemiologica dei fabbisogni di PL in riabilitazione**

<b>Strutture</b> (i posti letto sono tra pubblico e privato convenzionato)	<b>Posti Letto a ciclo continuativo</b>	<b>Posti Letto in Day Hospital</b>
Letti di USU AOPG	18	2

Letti Gravi Cerebrolesioni Acquisite ASL3	20	7
Letti di riabilitazione Intensiva a ciclo continuativo	250	50
Letti di riabilitazione estensiva	150	

### C.2.3) Intervento riabilitativo negli ospedali del territorio e dell'emergenza

Gli **Ospedali di Territorio rappresentano nelle strategie delle ASL sedi elettive di svolgimento delle funzioni riabilitative. Tra di essi e gli ospedali dell'emergenza è** da prevedere una stretta integrazione con i poli di riabilitazione territoriale che possono intervenire per fornire l'intervento riabilitativo fin dalla fase acuta.

Nelle **Aziende Ospedaliere** tale intervento, come detto sopra, riguarda di norma definite attività, mentre altre tipologie sono regolate nell'ambito degli accordi interaziendali. L'U.O di Riabilitazione è di norma collocata nel dipartimento di Riabilitazione ed è strutturata nell'équipe riabilitativa: regola all'interno dei rapporti interdipartimentali le sue relazioni con le diverse strutture di degenza.

### C.2.4) Strutture di III° livello

Per la gli intervento riabilitativo intensivo di III livello:

- per l'attività ad elevata specializzazione nelle **lesioni midollari** di origine traumatica e non, il punto di riferimento regionale è costituito dall'Unità Spinale Unipolare, a valenza regionale ed extraregionale, ubicata presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia;
- per l'attività concernente l'intervento riabilitativo altamente specializzato ed integrato nelle **gravi cerebrolesioni acquisite**, vengono indicati 2 poli: l'Azienda USL n° 3 di Foligno e l'Azienda Ospedaliera di Terni<sup>1</sup>.

Per quanto attiene all'attività ad elevata specializzazione riguardante **la riabilitazione dei disturbi del linguaggio e dei disturbi cognitivi acquisiti** viene indicata come sede di riferimento culturale, di formazione e di aggiornamento l'Unità dedicata alla Riabilitazione Cognitiva, istituita dall'Azienda Ospedaliera di Perugia.

Al di fuori degli accordi interaziendali tali strutture operano nell'ambito dei vincoli definiti dal PSR nel paragrafo 6.6.4.6.

### C.3) I nodi della rete

Gli interventi di riabilitazione estensiva sono erogati presso le seguenti strutture pubbliche e private accreditate:

- 1) le strutture ospedaliere di riabilitazione estensiva post-acuzie
- 2) i presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale ospedalieri;
- 3) i presidi di riabilitazione extraospedaliera a ciclo diurno e/o continuativo;
- 4) i Poli di riabilitazione territoriale;

## D) Modalità di funzionamento della rete

### D.1) Il modello dipartimentale

Affinché i nodi della rete funzionino occorre individuare le modalità di comunicazione e scambio tra i punti della rete.

<sup>1</sup> Nell'ambito degli accordi con la ASL 4.

Si individua il *modello dipartimentale* come modalità di lavoro coordinato e funzionalmente integrato fra discipline e professionalità contigue, tutte coinvolte nella *presa in carico* del paziente con disabilità. Questo modello è stato applicato in alcune aziende e in altre è in via di progettazione. Il modello ha permesso di rendere più concreto il modello di rete di intervento sulla persona disabile. Critica è stata l'applicazione nelle aziende ospedaliere dove i dipartimenti sono stati definiti sulle materie più tradizionali.

Per mantenere il livello di integrazione in rete le aziende ospedaliere devono rapportarsi con il territorio, attraverso accordi interaziendali più volte richiamati sui percorsi riabilitativi ed attivando dipartimenti intra-aziendali e connessioni interaziendali e transmurali.

In ogni caso, poiché la riabilitazione costituisce una funzione (così come la prevenzione e la diagnosi e cura), occorre far sì che l'atto riabilitativo, dall'intervento nella fase di acuzie sino al reinserimento sociale, avvenga all'interno di un sistema coordinato e funzionale, (*dipartimento*), ove possano confluire i diversi attori chiamati a risolvere le variegate problematiche correlate alla presa in carico del soggetto con disabilità e al suo percorso terapeutico.

#### *D.2) Percorsi Riabilitativi Integrati*

Il paziente va assistito all'interno di un percorso riabilitativo personalizzato e effettuato all'interno della rete dei servizi.

Per far funzionare il percorso occorre prevedere:

- Definizione dei percorsi appropriati per le principali patologie (tempi e modi di intervento dei singoli poli di erogazione) basati sulle prove di efficacia disponibili (EBM) e linee guida.
- Strumenti di comunicazione tra i punti della rete (schede di progetto, lettera di dimissione etc. )
- Modelli di integrazione tra gli ospedali e territorio per facilitare la presa in carico tra ospedali per acuti e centri di riabilitazione, ospedali per acuti e territorio, centri di riabilitazione e territorio.

#### *D.3) Rapporti tra le aziende sanitarie*

La presenza di diverse aziende su un territorio vasto ma con una bassa densità di residenti pone l'esigenza di prevedere che la rete riabilitativa si estenda oltre i confini delle singole aziende. Inoltre quando si programmano percorsi ottimali non si può non pensare ad accordi specifici tra aziende ospedaliere e territorio. Occorre quindi facilitare rapporti e accordi interaziendali allo scopo di collegare in modo omogeneo e utilizzare tutte le risorse presenti sul territorio.

#### *D.4) Il rapporto Pubblico-Privato*

Nella visione della rete riabilitativa regionale le strutture private accreditate (comprese quelle di *project financing* pubblico-privato) costituiscono nodi della rete e come tali devono integrarsi con i percorsi riabilitativi per la persona disabile. Questo significa che sia sul versante ospedaliero che ambulatoriale si integrano con le priorità e le linee di indirizzo via-via proposte per le varie aree di disabilità. L'ospedale privato come quello pubblico deve quindi condividere protocolli operativi e passaggi di presa in carico con il territorio, le altre strutture della rete e viceversa.

#### *D.5) Ausili e Protesi*

L'utilizzo di ausili deve essere inserito all'interno del progetto riabilitativo andando a costituire parte di uno specifico programma. Gli ausili possono costituire una parte rilevante del progetto riabilitativo, per diminuire la disabilità.

E' importante delineare dei percorsi prescrittivi omogenei fra le diverse Az. USL dell'Umbria per rendere più semplice l'accesso dell'utente alla prestazione protesica e per promuovere una

cultura dell'ausilio che sia sinonimo di strumento riabilitativo finalizzato al miglioramento della qualità della vita.

#### *D.5.1) Prescrizione multidisciplinare*

Anche per gli ausili va previsto un approccio multiprofessionale e multidisciplinare.

Il percorso prescrittivo è articolato in 2 fasi: la proposta di prescrizione e la prescrizione autorizzativa.

La prescrizione, con carattere autorizzativo, deve essere fatta da medici specialisti competenti individuati da ogni Azienda, preferibilmente uno per ogni distretto, e inseriti in un elenco regionale di prescrittori. La proposta di prescrizione ausili deve essere accompagnata dal progetto riabilitativo con firma del medico specialista e del fisioterapista, e delle altre figure professionali, dove possibile.

L'atto prescrittivo deve tener conto della complessità dei bisogni dell'utente, del suo contesto di vita. Il percorso prevede vari momenti: valutazione, prova, prescrizione, collaudo, addestramento e verifica.

#### *D.5.2) Il riciclo degli ausili*

Considerata la possibilità che l'ausilio possa avere un utilizzo limitato nel tempo occorre organizzare un sistema di riciclo degli ausili in modo da poter limitare gli sprechi e la spesa sanitaria. L'ausilio non più utilizzato va "bonificato" in modo opportuno e reinserito nel circuito prescrittivi. Questa soluzione già utilizzata in alcune aziende può prevedere sia l'affidamento a privati che l'organizzazione pubblica.

#### *D.5.3) I Centri ausili*

Il centro ausili è un centro di informazione e consulenza finalizzato a indirizzare utenti e operatori alla scelta e all'utilizzo e alla conoscenza degli ausili.

Il Centro Ausili non "prescrive" ausili, aiuta invece chi già quotidianamente svolge questa funzione, senza limitare peraltro, né l'autonomia di budget dei distretti, né l'autonomia professionale dei singoli medici incaricati della prescrizione.

#### *D.5.4) Gli ausili tecnologici*

L'evoluzione tecnologica sta rendendo possibile l'utilizzo di ausili tecnologici che possono facilitare l'autonomia anche di soggetti con gravi disabilità, in particolare neurologiche.

E' necessario inserire nel nomenclatore tariffario un capitolo specifico per gli ausili tecnologici che rispetto al campo di applicazione (molto vasto e veloce nell'aggiornamento) risultano sempre essere ormai fuori mercato. Inoltre, visti anche i costi e la complessità di tali ausili occorre prevedere dei centri specifici in cui avvenga:

- a) valutazione della necessità dell'ausilio
- b) verifica diretta della capacità di utilizzo
- c) addestramento

Tali **Centri Orientamento Ausili Tecnologici** sono associati ad Ausilioteche informatiche a valenza provinciale o regionale. I centri ausili possono collegarsi ad eventuali iniziative sociali, gestite anche da associazioni, nell'ambito dei patti per la salute, riguardanti la facilitazione dell'autonomia.

## E) Sistemi operativi Gestionali

### E.1) Struttura di coordinamento

Per definire l'intervento riabilitativo in Umbria come sistema occorre prevedere un agile coordinamento regionale che faciliti il raggiungimento degli obiettivi definiti e omogeneizzi i percorsi riabilitativi costituito essenzialmente dai referenti aziendali e professionisti con specifiche competenze in ambito riabilitativo.

### E.2) La formazione e il rapporto con l'Università

L'Università è uno degli strumenti principali per la costruzione di una innovativa cultura riabilitativa e per la formazione dei professionisti dell'area. Per questo la Regione auspica il potenziamento del Corso di Specializzazione in Medicina Fisica e Riabilitazione, dei corsi di laurea di I° Livello in Fisioterapia e Logopedia e l'attivazione della Laurea di II° Livello. Sono auspicabili forme di integrazione tra l'Università e i centri di formazione aziendale per corsi di aggiornamento specifici, e ampia disponibilità da parte delle Aziende Ospedaliere e delle ASL di mettere a disposizione le proprie strutture per il tutoraggio.

### E.3) La qualità

Una risposta di qualità ai bisogni riabilitativi dei cittadini deve basarsi sull'accREDITAMENTO delle strutture e sul miglioramento dell'appropriatezza dell'intervento.

L'accREDITAMENTO delle strutture riabilitative dovrà essere articolato sui seguenti aspetti.

- **Standard della struttura:** secondo i criteri individuati dalla regione dell'Umbria
- **Standard del processo organizzativo:** oltre agli standard organizzativi generali particolare attenzione va posta a quelli specifici (rapporto personale/prestazioni, aree di attività multidisciplinare, etc.).
- **Standard dei processi riabilitativi:** definire l'intervento riabilitativo appropriato per le specifiche tipologie di disabilità con specifici tempi dall'evento acuto e andamento della disabilità.

Per l'appropriatezza dell'intervento riabilitativo devono essere garantiti:

- il rispetto, universalmente condiviso, di standard qualitativi e quantitativi di personale in rapporto ai bisogni specifici degli utenti;
- lo sviluppo di linee di priorità di trattamento basate, ove possibile, sulle prove di efficacia (desunte da EBM);
- la promozione delle nuove modalità operative previste dalla presa in carico e dalla relativa definizione del progetto e programmi riabilitativi da parte dell'équipe;
- l'individuazione di percorsi riabilitativi per le disabilità a maggiore prevalenza nel rispetto della continuità terapeutica attraverso procedure documentate possibilmente condivise da tutte le organizzazioni della rete regionale di riabilitazione;
- la definizione di semplici e chiare modalità di comunicazione tra équipe riabilitativa da un lato e famiglia e MMG o MPLS dall'altro;
- la definizione di valutazioni d'esito riabilitativo uniformi sia nelle modalità (uso di test validati e condivisi) che nella scelta dei tempi (valutazione iniziale, finale e follow-up);
- l'attivazione di un adeguato sistema informativo per il monitoraggio delle attività sui nodi della rete riabilitativa;
- l'utilizzo di strumenti per la rilevazione della "soddisfazione degli Utenti" per le conseguenti azioni correttive e/o preventive volte a migliorare l'efficienza e l'efficacia dell'organizzazione;

*Impegni per il Triennio*

Anno	Interventi	Titolarità
I	Pianificazione dei profili di cura e delle linee guida per la riabilitazione delle disabilità a maggiore prevalenza;	ASL AO
	Definizione dei percorsi di cura e integrazione sociale per le persone con grave cerebrolesione acquisita;	ASL AO
	Applicazione estensiva dei percorsi definiti per persone con mielolesione; (es USU-distretti)	ASL AO
	Documento di ridefinizione organizzativa delle strutture riabilitative territoriali;	Regione
	Ridefinizione delle tariffe per la riabilitazione ospedaliera e ambulatoriale;	Regione
	Definizione dei percorsi di integrazione tra la riabilitazione dell'età evolutiva e dell'adulto;	ASL
	Ripetizione, a distanza di 5 anni dello studio sull'attività della riabilitazione in Umbria nel periodo aprile giugno 2003.	Regione
	Completamento dell'attivazione dei centri ausili aziendali e dei dipartimenti di riabilitazione;	ASL
	Iniziale adeguamento del numero di posti letto di riabilitazione intensive ed estensiva	ASL AO
	Applicazione dei percorsi prescrittivi ausili e protesi;	Aziende
	Pianificazione di un sistema informativo permanente in riabilitazione;	Regione
	Definizione degli strumenti di comunicazione tra i nodi della rete (progetto riabilitativo, modalità di presa in carico, documentazione clinica etc.).	Regione
	II	Applicazione del sistema informativo;
Sperimentazione dei percorsi riabilitativi per le disabilità a maggiore prevalenza;		ASL
Sperimentazione dei percorsi di cura per le gravi cerebrolesioni acquisite;		ASL AO
Applicazione e sperimentazione dei percorsi riabilitativi territoriali;		ASL
Adeguamento numero posti letto di riabilitazione intensive ed estensiva;		ASL AO
Convegno regionale di programmazione intermedia sulla base dei dati rilevati dallo studio		Regione
III	Verifica dei progetti attivati	Regione
	Arrivo a regime dei posti letto di riabilitazione intensiva ed estensiva;	ASL AO

**F) Riabilitazione respiratoria**

### F.1) Cornice

La riabilitazione respiratoria si rivolge prevalentemente a soggetti con patologia cronica evolutiva (broncopneumopatia cronica ostruttiva, insufficienza respiratoria, malattie neuromuscolari ed altro) indipendentemente dal grado di compromissione ma anche a soggetti con esiti di eventi acuti (chirurgia toracica ed addominale alta, cardiocirurgia, lesioni del sistema nervoso centrale e periferico ed altro).

### F.2) Problemi di salute

Elevata e crescente prevalenza delle disabilità da malattie dell'apparato respiratorio

Disabilità derivante progressiva e di lunga durata con elevati costi socio-sanitari

Sono state individuate le seguenti patologie respiratorie causa di disabilità residua nell'adulto sia in fase di acuzie o riacutizzazione che in fase stabilizzata: *BPCO ed asma bronchiale cronico, esiti di interventi di chirurgia toracica ed addominale alta, esiti di interventi cardiocirurgici, insufficienza respiratoria cronica da qualsiasi causa, bronchiectasie, mucoviscidosi, interstiziopatie polmonari, malattie neuromuscolari, lesioni del sistema nervoso centrale e periferico, postumi di processi pleuropolmonari specifici, gravi cifoscoliosi.*

### F.3) Problemi di assistenza

- le attività di riabilitazione respiratoria in Umbria sono applicate in modo disomogeneo, spesso per l'iniziativa di singoli operatori o gruppi, al di fuori di moderni standard organizzativi, di personale e di modalità operative efficaci.
- inadeguatezza della gestione del paziente con grave disabilità

Pertanto occorre:

- Attivare strutture di riabilitazione respiratoria inserite nella rete organizzativa della riabilitazione regionale.
- Articolare appropriatamente le strutture in ambito ospedaliero ed extraospedaliero.
- Privilegiare le attività di cui esistono evidenze di efficacia.

### F.4) Obiettivi di salute

- Costituire una rete regionale di strutture di riabilitazione respiratoria finalizzata alla riduzione della disabilità conseguente alle patologie sopra indicate.
- Identificare il fabbisogno in termini di attività ambulatoriali ed eventuale numero di posti di degenza riabilitativa.
- Rilevare e monitorare l'attuale attività di riabilitazione respiratoria all'interno dei dipartimenti di riabilitazione e degli ospedali.

### F.5) Azioni organizzative

Per la riabilitazione respiratoria, occorre operare una *presa in carico globale* della persona da parte dell'*équipe riabilitativa*, del *progetto riabilitativo individuale e di struttura* e del *programma riabilitativo*.

E' prevista l'istituzione di un'*équipe riabilitativa* dedicata nelle seguenti sedi:

- ogni presidio *ospedaliero di ASL o nelle AO in base ad accordi aziendali* in cui esista una U.O. di Pneumologia con posti letto o UTIR o un reparto di chirurgia toracica o di chirurgia generale che operi significativamente nel campo della chirurgia maggiore.
- in ogni *ASL* attraverso strutture ambulatoriali specifiche. L'*équipe territoriale* può operare, in casi selezionati e per periodi limitati, anche a domicilio del paziente.

- in ognuna delle suddette sedi l'équipe utilizza le modalità organizzative del livello territoriale e di quello ospedaliero per acuti previste dall'attuale PSR per la rete riabilitativa regionale.

Di norma, l'équipe di riabilitazione respiratoria è composta dai seguenti operatori:

Presidio ospedaliero	Territorio
<ul style="list-style-type: none"> <li>• medico specialista coordinatore dell'équipe: fisiatra o pneumologo referente di un'attività strutturata di riabilitazione respiratoria dell'ASL territoriale o dell'Azienda ospedaliera</li> <li>• fisioterapista dedicato (operante nel servizio di riabilitazione ospedaliero)</li> <li>• infermiere professionale (operante nel reparto per acuti)</li> <li>• psicologo (a richiesta)</li> <li>• dietista (a richiesta)</li> <li>• altri medici specialisti (a richiesta)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• medico specialista coordinatore dell'équipe: fisiatra o pneumologo referente di un'attività strutturata di riabilitazione respiratoria dell'ASL territoriale o dell'Azienda ospedaliera</li> <li>• fisioterapista dedicato</li> <li>• infermiere professionale</li> <li>• psicologo (a richiesta)</li> <li>• dietista (a richiesta)</li> <li>• altri medici specialisti (a richiesta)</li> <li>• assistente sociale</li> </ul>

Dopo una più precisa definizione dei bisogni riabilitativi si potrà ottimizzare la diffusione dei centri di riabilitazione respiratoria nelle reti riabilitativa regionale anche con l'eventuale l'istituzione di posti letto per la riabilitazione intensiva respiratoria.

La rete della riabilitazione respiratoria deve assicurare una *continuità assistenziale* che si realizza attraverso l'integrazione ospedale-territorio e l'integrazione sociosanitaria nell'ambito della rete dei servizi riabilitativi regionali.

L'attività di riabilitazione respiratoria è organizzata all'interno del *Dipartimento di Riabilitazione*.

#### F.6) Sistemi operativi

Occorre collocare la riabilitazione respiratoria nell'ambito del governo clinico:

- sviluppando e diffondendo linee guida per la riabilitazione respiratoria: individuazione degli outcome e degli interventi riabilitativi di provata efficacia (es. riallenamento allo sforzo).
- fissando e condividendo tra i vari centri riabilitativi della regione, *percorsi e profili di cura*.

Sul piano gestionale occorre:

- prevedere corsi di formazione ed aggiornamento per gli operatori, unificati a livello regionale.
- correlarsi ad altre esperienze nazionali ed alle Società Scientifiche che prevedono al loro interno Gruppi di Lavoro sulla riabilitazione respiratoria.
- realizzazione di un Registro Regionale (database) dei pazienti mediante informatizzazione dei vari centri.



- promuovere ricerche finalizzate alla programmazione socio-sanitaria regionale

### Impegni per il triennio

Sono previsti i seguenti impegni che vanno ad integrare quanto previsto per la riabilitazione nell'attuale PSR:

Anno	Interventi	Titolarietà
I	costituire il 60% delle previste équipe riabilitative nei presidi e sul territorio e definire loro standard operativi	ASL (AO)
	Revisionare le tariffe delle prestazioni ed individuazione di codici "ex novo" per la riabilitazione respiratoria.	Regione
	Adottare profili di cura e linee guida per le disabilità respiratorie a maggiore prevalenza	Regione
II	sperimentare profili di cura e percorsi riabilitativi per le disabilità respiratorie a maggiore prevalenza	ASL
	Definizione di una area di ricerca regionale per la riabilitazione respiratoria	Regione
III	Ottimizzazione della distribuzione delle équipe riabilitative nei presidi ospedalieri e sul territorio (100%)	ASL (AO)

### G) Riabilitazione cardiologica

I servizi di cardiocirurgia sono affiancati di p.l. per la riabilitazione intensiva precoce dei cardio operati così come per la imminente attivazione della sperimentazione del trapianto di cuore. Invece le attività ambulatoriali di riabilitazione cardiologica restano ottimalmente collocabili sul territorio, salvo diverso accordo interaziendale. Il tema viene consegnato all'azione di Piano "Lotta alle cardio e cerebro vasculopatie", trovando trattazione estensiva nella connessa Linea guida alle Aziende sanitarie;

#### 7.5.4.8 Garantire e rendere sostenibili le alte specialità

L'istituzione delle alte specialità (qui intesa ai sensi del DM in materia emanato nel 1992) riguarda attività mediche e chirurgiche rivolte a condizioni cliniche talmente complesse e infrequenti da richiedere l'intervento di equipe professionali e tecnologie estremamente specializzate, pena una alta probabilità di insuccesso (il che spesso per il pz può significare la morte o condizioni funzionali altamente compromesse) e costi di gestione insostenibili.

Nella nostra Regione l'istituzione di alte specialità cozza con i limiti oggettivi derivanti dal numero dei residenti; non ci viene in aiuto nemmeno la programmazione sanitaria nazionale, molto impegnata in una serie di affermazioni liturgiche sui centri di eccellenza che, verosimilmente, non riusciranno a comportare visibili risultati nel riallocare l'attuale dotazione dei centri di alta specialità, polarizzati per lo più nelle grandi regioni del Nord e del Centro Italia.

Ancorché le alte specialità siano molto desiderate dai professionisti e dalle collettività locali, esercitando con ciò notevoli distrazioni sulla linearità dei percorsi della programmazione sanitaria

regionale, è il caso di ricordare che strutture di alta specialità attivate al di fuori dei necessari bacini di utenza:

- presentano in termini statistici, un aumentato profilo di rischio per i pz;
- sono professionalmente penalizzanti per gli operatori che vi lavorano;
- comportano un rapporto costi benefici sfavorevole per la salute collettiva.

Per tali motivi il Piano sviluppa l'approccio programmatico sul tema delle alte specialità a partire dalle seguenti coordinate:

- concertazione con le regioni viciniori per una migliore erogazione delle attività di alta specialità per le quali il bacino regionale risulti inadeguato;
- concertazione intra regionale tra le aziende ospedaliere per una migliore distribuzione delle attività di alta specialità di appropriato svolgimento nell'ambito regionale;
- ridefinizione dei meccanismi di finanziamento delle alte specialità che in assenza dei due requisiti sopra definiti dovranno avere contabilità separata e dimostrare di essere economicamente autonome, senza comportare cioè la necessità di finanziamenti da parte del SSR che non siano quelli relativi alle tariffe dovute per le prestazioni erogate a cittadini umbri.

#### **7.5.4.9 Definire il ruolo dei centri di riferimento regionale e dei presidi per malattie rare**

##### *A) Funzioni generali dei centri di riferimento regionale*

L'attivazione di un "Centro di riferimento regionale" rappresenta una richiesta sia contenuta in alcune normative nazionali in materia di malattie rare o particolari trattamenti farmacologici, sia proveniente da professionisti che intendono in tale modo ottenere un riconoscimento alla attività della propria unità operativa. Il Piano assume la necessità di attivare tali centri in quanto poli di eccellenza del SSR, evitando però di favorire la creazione di momenti di pratica professionale separata dal resto dei servizi e tesa a proiettarsi in modo verticale sui servizi territoriali, nella impossibile ed errata aspirazione di avocare a sé tutti i casi di una definita patologia.

Tali Centri devono invece assumere il ruolo di supporti funzionali all'attività degli altri servizi a maggiore delocalizzazione, con i quali intessono apporti di consulenza per la gran parte della casistica, avocando a sé solamente un ristretto numero di casi dalle caratteristiche ben definite e solamente per il tempo necessario ad impostare il percorso diagnostico, terapeutico e riabilitativo.

Parimenti tali servizi saranno finanziati sulla base dei tariffari regionali e la loro attività andrà regolata nell'ambito degli accordi interaziendali.

##### *B) Presidi regionali per le malattie rare*

Le malattie rare costituiscono un complesso di oltre 5000 patologie, spesso fatali o croniche invalidanti, che rappresentano il 10% delle patologie che affliggono l'umanità. Malattie considerate rare nei Paesi occidentali sono, a volte, molto diffuse nei Paesi in via di sviluppo.

Per la loro rarità, queste malattie sono difficili da diagnosticare e, spesso, sono pochi i Centri specializzati nella diagnosi e nella cura; per molte di esse inoltre, non esistono ancora terapie efficaci.

Rispetto a tali problematiche, il *D.M. 18 maggio 2001 N. 27*, emanato in attuazione dell'*art. 5, comma 1, lettera b) del Decreto Legislativo 29 aprile 1998 N. 124*, prevede l'istituzione di una rete nazionale dedicata alle malattie rare, mediante la quale sviluppare azioni di prevenzione,

attivare la sorveglianza, migliorare gli interventi volti alla diagnosi e alla terapia, promuovere l'informazione e la formazione, ridurre l'onere che grava sui malati e sulle famiglie.

In attesa della definizione, a livello nazionale, dei centri di riferimento interregionale per le malattie rare, la Regione istituisce una Commissione regionale al fine di:

- effettuare una valutazione epidemiologica sull'incidenza delle patologie rare negli ultimi 5 anni in Umbria;
- verificare la casistica osservata dai nostri servizi negli ultimi 5 anni;
- verificare lo sviluppo e la disponibilità di tecniche di laboratorio volte alla diagnosi prenatale e alla prevenzione;
- sviluppare percorsi assistenziali per la tutela del malato e della famiglia;
- precisare e mettere a regime appropriati livelli di consulenza genetica e psicologica;
- censire le ricerche cliniche in corso;
- censire i protocolli di trattamento e collegamenti con altre strutture e servizi nazionali attivati dai servizi umbri che trattano specifiche patologie.

*Sulla base dei risultati ottenuti saranno designati i presidi regionali per le malattie rare con delibera della Giunta regionale, entro il primo anno di vigenza del Piano.*

#### **7.5.4.10 Sviluppare il Servizio infermieristico, tecnico sanitario, riabilitativo ed ostetrico.**

Per meglio rispondere ai bisogni assistenziali dei cittadini, le Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere, secondo quanto previsto dalla LR 3/98 e dalla L. 251/00 istituiscono il Servizio Infermieristico, Tecnico sanitario, Riabilitativo ed Ostetrico (SITRO).

Il quadro normativo vigente, l'istituzione ed i corsi di laurea di I° e II° livello per le professioni sanitarie, il nuovo Contratto Nazionale Collettivo del Comparto definiscono il riconoscimento dell'autonomia e la responsabilizzazione tecnico- organizzativa delle aree professionali descritte nella legge 251/00.

Si riconosce che l'autonomia e la conseguente responsabilità, nell'organizzazione dell'attività sanitaria, sono condizioni necessarie per lo sviluppo della qualità dell'assistenza, dell'appropriatezza e dell'efficacia delle prestazioni.

Altresì indispensabili sono tali servizi nell'ambito della programmazione e definizione del fabbisogno delle risorse umane e professionali, del loro corretto impiego, nella motivazione e nella valorizzazione delle loro competenze, che sono fattori decisivi nel raggiungimento della missione aziendale.

Il SITRO promuove la sperimentazione di nuovi modelli organizzativi e l'innovazione nei processi assistenziali e può essere strutturato su base dipartimentale ed è dotato di autonomia tecnica ed organizzativa.

La missione del SITRO comprende:

- garantire la risposta ai bisogni di assistenza infermieristica, tecnica, riabilitativa ed ostetrica sia a livello territoriale che ospedaliero attraverso la gestione delle risorse proprie;
- garantire l'assistenza alberghiera coerente con i bisogni dell'utenza e con gli obiettivi di qualità del servizio;

- partecipare, per quanto di propria competenza, alla definizione ed al raggiungimento degli obiettivi aziendali collaborando direttamente nelle funzioni di programmazione, organizzazione, direzione, verifica e controllo;
- promuovere ed attuare per quanto di competenza, l'integrazione tra le varie professionalità presenti nelle diverse strutture;
- promuovere l'autonomia professionale e la responsabilizzazione diffusa in tutti gli operatori afferenti al SITRO;
- garantire la formazione permanente e l'aggiornamento delle competenze sia tecnico specifiche che gestionali;
- garantire percorsi assistenziali integrati e tempestivi, basati su prestazioni, sicure, efficaci ed appropriate;
- garantire i rapporti con le strutture organizzative aziendali sulla base delle indicazioni fornite nelle *Linee guida per l'atto aziendale* di cui all'Allegato 2 del Piano.

Al fine di consentire la completa attivazione dei processi sopra descritti, secondo quanto previsto dall'art. 7 della legge 251/00, è necessario assegnare la dirigenza delle singole aree professionali.

## 8 AZIONI DI PIANO

Le azioni di Piano definiscono, in accordo con le disposizioni programmatiche generali, la politica sanitaria regionale in alcuni settori di attività ritenuti cruciali e/o particolarmente qualificanti per lo sviluppo del SSR.

Si tratta di tematiche in cui è possibile trovare sia aree di intervento da sempre al centro della programmazione nazionale e regionale (prevenzione nei luoghi di lavoro, salute materno infantile, salute mentale, oncologia, etc), sia terreni innovativi di lavoro (cure palliative, genetica clinica, etc).

Il Piano sviluppa le politiche di settore a partire da una visuale più matura rispetto ai cicli passati, in quanto:

- dispone delle valutazioni derivanti dal completamento del ciclo programmatico precedente (Relazione su assetti e processi organizzativi attivati dal PSR 1999-2001, Regione Umbria 2002), il che consente di differenziare le aree in due grandi gruppi:
  - o quello della **continuità progettuale**, in base alla positiva valutazione dei processi attivati e dal mantenimento di condizioni “ambientali” ed applicative stabili;
  - o quello della **ridefinizione o nuova definizione progettuale** dove invece la coppia concettuale “esito organizzativo / stabilità ambientale” ha avuto una diversa connotazione o si è imposta la novità della materia;
- declina gli obiettivi di salute in ciascuna progetto a partire dai contenuti della sezione 4;
- grazie alla opzione a favore del governo clinico (vedi sezione 7.1) dispone ora di una strategia operativa globale per comporre interessi manageriali e professionali.

Sul terreno metodologico la programmazione socio sanitaria regionale imposta le politiche di settore individuando in questa sede i problemi di salute prioritari (all’interno delle aree problematiche cui fanno capo gli obiettivi del PSR -vedi sezione 4) e le linee fondanti della organizzazione - riorganizzazione che sono necessarie per garantire la qualità degli interventi, rimandando a linee di indirizzo vincolanti ai sensi della legge 3/98, specifiche per ciascun argomento, la definizione dettagliata di ciascuna azione progettuale.

*In sede di PAL vengono individuate le quote complessive di fondi che le ASL e le AO destinano allo sviluppo specifico delle azioni di Piano.*

### 8.1 *Dare continuità alle progettualità consolidate*

#### 8.1.1 Progetto Sangue

Rispetto al PRS 1999-2001 i problemi di salute del nuovo piano concernenti la tutela dei donatori di sangue, non prevedono significative modificazioni anche perché vengono rispettati tutti i quesiti di idoneità previsti dalla legislazione vigente, ivi compresa la validazione del sangue e

degli emocomponenti (ACV-RNA/NAT), metodica resa operativa a far tempo 28/6/2002 come previsto C.M. 19/12/01 N° 14.

Si devono invece adeguare la tutela dei riceventi la trasfusione di emocomponenti mettendo a regime nuove metodiche previa una analisi costo-efficacia, adatte all'inattivazione degli agenti infettanti, virus ed altri patogeni, eventualmente presenti negli emocomponenti labili.

I problemi di assistenza trasfusionale presuppongono l'autosufficienza regionale per sangue ed emocomponenti. Parimenti vanno consolidate le attività dei Centri di raccolta e dei Servizi Trasfusionali regionali. A questo fine uno strumento organizzativo importante sarà il miglioramento del sistema informatico regionale che consentirà di creare una lista di donatori disponibili per la plasmateresi, piastrinoferesi, plasma-piastrinoferesi. Potremo inoltre realizzare un sistema di rete che ci farà utilizzare al meglio le risorse di sangue ed emocomponenti disponibili. Anche se, va sottolineato, non abbiamo liste di attesa per trasfusioni ed indagini immunoematologiche per pazienti degenti e non degenti.

Rappresentano obiettivi per il nuovo triennio:

- 1) Mantenere l'autosufficienza del sangue
- 2) Liste informatiche di tutti i donatori disponibili
- 3) Uso del sangue in stretta osservanza degli standard Terapeutici.

#### *Azioni organizzative previste nel triennio*

# Si tratta di una materia che si presta a sperimentare riorganizzazioni su base sovra aziendale. Ove verificata la fattibilità, questo potrebbe permettere, tra l'altro, di evitare la necessità di ricorrere alla fatturazione per movimentare i flaconi di sangue, fatto molto discutibile sul piano etico e che non favorisce la donazione - che va comunque svincolata da un chiaro riferimento economico.

# la priorità del triennio in termini funzionali sarà rappresentata dall'introduzione del governo clinico nelle attività trasfusionali.

#La legge sul buon uso del sangue ha determinato la istituzione del comitato trasfusionale ospedaliero in ogni realtà di ricovero. Le funzioni del comitato sono quelle di determinare gli standard e le linee guida, stendere le procedure, verificare e migliorare la pratica trasfusionale nell'ambito dell'ospedale. Ne consegue quindi che una sistematicità di attività del comitato in questione costituisce un sicuro mezzo operativo professionale circa la pratica trasfusionale.

# Con un sistema informatico migliorato potremo avere utili dati della salute dei donatori e potremo programmare iniziative di informazione e di aggiornamento.

# La valorizzazione delle associazioni dei donatori, che attraverso la loro preziosa attività contribuiscono alla qualità del sistema sangue in Umbria, richiede attenzione ai lavori della Consulta Regionale e supporto alla promozione della donazione.

### **8.1.2 Progetto Trapianti**

- Potenziamento del Centro di Trapianto Renale in modo da assicurare almeno 30 trapianti all'anno, come previsto dalle Linee Guida emanate dal ministero della Salute
- Attuazione dei contenuti della DGR 1220 per l'assistenza di Pazienti affetti da gravi epatopatie e che necessitano del trapianto di fegato
- Trapianto di tutte le cornee che si renderanno disponibili da Donatori Umbri o che verranno offerte per eccedenze da Banche degli occhi esistenti sul territorio nazionale.

- Completamento dell'attività di separazione, criopreservazione delle insulae pancreatiche ed inizio dell'attività di trapianto in soggetti diabetici sottoposti in precedenza a trapianto di organi. Tale attività sarà accompagnata da una adeguata valutazione immuno genetica e metabolica, che permetterà la migliore sopravvivenza delle insulae trapiantate ed il recupero completo dei Pazienti. L'attività sarà svolta dall'Istituto di Medicina Interna e Scienze Endocrino-Metaboliche dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, in collaborazione con il Centro Regionale di Riferimento Trapianti , con la U.O. di Chirurgia Generale dell'Ospedale Silvestrini di Perugia e con il Centro di trapianto della II Clinica Chirurgica dell'Azienda Policlinico Umberto I di Roma. L'attività di separazione, criopreservazione e trapianto delle insulae avrà valenza interregionale per tutta l'area OCST, secondo il parere espresso dalla Direzione della stessa Organizzazione e dal Centro Nazionale di Riferimento per i Trapianti.
- Sperimentazione del trapianto di Cuore presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia, con lista di attesa gestita dal Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti, che provvederà anche alle indagini di immunogenetica, immunologia del trapianto, collegamenti per procurement degli organi, con monitoraggio e valutazione della sostenibilità dei criteri organizzativi ed operativi propri delle attività trapiantologiche. Tale Unità di Trapianto utilizzerà professionalità e strutture già presenti nell'Azienda Ospedaliera di Perugia, presso le UU.OO. di Cardiocirurgia, Cardiologia, Anestesia, Unità di Terapia Intensiva post-cardiologica, Anatomia Patologica. La realizzazione del trapianto di cuore permetterà l'assistenza a Pazienti Umbri che attualmente sono costretti alla ricerca di un Centro che possa accogliere le proprie richieste in Italia e/o all'estero, richiamando anche Pazienti di altre regioni. Gli organi da trapiantare deriveranno dall'attività di prelievo in Donatori segnalati da Centri di Rianimazione dell'Umbria e da quelli che saranno offerti dal Centro Interregionale OCST, di cui l'Umbria fa parte, in una turnazione con gli altri Centri di trapianto di cuore dell'area che sono attualmente in numero non adeguato alla popolazione delle nove regioni che ne fanno parte (Umbria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna), con oltre 18 milioni di abitanti.
- Attuazione di una convenzione con una Banca di tessuto muscolo-scheletrico esistente ed autorizzata sul territorio nazionale, per le necessità di innesto presenti nelle UU.OO. Ortopediche degli ospedali umbri. Tale convenzione sarà attuata nel rispetto delle linee guida che saranno emanate dal Ministero della Salute.

### 8.1.3 Progetto Umbria Diabete

L'assistenza diabetologica ha raggiunto nella nostra regione livelli di eccellenza, per estensione qualità e capacità di risposta della rete dei servizi di medicina primaria e specialistici dedicati.

Si pone pertanto, accanto all'obiettivo di mantenere e, per quanto possibile, implementare ulteriormente la qualità assistenziale oggi garantita, la necessità di affinare gli interventi, mettendo in atto scelte organizzative e indicazioni funzionali che rispondano ai seguenti problemi:

A. Individuazione di tre priorità operative:

- a. educazione agli stili di vita efficaci nel prevenire e/o ritardare l'insorgenza del diabete (attività fisica, dieta);
- b. screening del condizione diabetica;
- c. definizione dei percorsi assistenziali

B. introduzione del governo clinico nel settore al fine di sviluppare una riflessione negli operatori sulla performance in relazione agli aspetti dell'efficacia, della sicurezza, della appropriatezza,

della partecipazione degli utenti e della equità di accesso garantita, nonché sulla effettiva percorribilità dei percorsi assistenziali e specialistici;

- C. misurazioni di outcome, attraverso indagini ad hoc che permettano di far tesoro anche degli studi epidemiologici e metodologici realizzati nella nostra regione;
- D. analisi farmacoeconomiche sui costi/ utilità delle opzioni assistenziali in particolare nel campo dell'assistenza integrativa;
- E. analisi e confronti del funzionamento e dei costi tra servizi specialistici;
- F. verifica della delega effettiva di competenze ad mmg e pls
- F. attivazione dei sistemi operativi gestionali (formazione, verifica tariffe, etc) e per la gestione delle relazioni esterne (collobarazioni con società scientifiche, coinvolgimento delle associazioni di volontariato e del terzo settore, etc).

Il settore si presta, dato l'alto e qualificato livello delle conoscenze professionali presente nella nostra regione, allo sviluppo di progetti integrati tra università e regione nel settore della ricerca e sviluppo.

Inoltre per le affinità di materia, vanno sviluppate le indicazioni relative all'organizzazione dei servizi per il trattamento dell'obesità, nonché i riferimenti utili a garantire, per gli aspetti internistici, appropriate risposte cliniche ai disturbi del comportamento alimentare.

#### 8.1.4 Sicurezza alimentare

La sicurezza degli alimenti è l'esigenza primaria del consumatore, dato che l'apporto alimentare è sempre stato accompagnato dal rischio di malattie per la possibile presenza nei cibi di vari pericoli di natura biologica, chimica e fisica. Questo insieme di pericoli, ascrivibili ad agenti patogeni presenti all'origine, ad inadeguata manipolazione e/o conservazione, ad improprio utilizzo di presidi sanitari, ha fatto sviluppare negli anni un sistema di salvaguardia della salute del consumatore basato su campagne di profilassi di massa delle malattie infettive degli animali da reddito (TBC – brucellosi, etc.), sull'adozione di nuove tecniche conserviere nonché su metodi ispettivi di valutazione della salubrità degli alimenti. Tale sistema, alla luce della radicale trasformazione della produzione, distribuzione e somministrazione degli alimenti, nonché delle stesse abitudini alimentari dei consumatori hanno reso il sistema di controllo tradizionale inadeguato alle esigenze attuali. L'Unione Europea, già dal 2000, con l'emanazione del Libro Bianco sulla sicurezza alimentare, ha identificato nuove linee strategiche quali:

- l'attribuzione di piena responsabilità ai produttori;
- la rintracciabilità delle filiere produttive;
- l'analisi del rischio;
- l'applicazione del principio della precauzione.

In generale si sottolinea che la sicurezza degli alimenti, e cioè la certezza di poterli consumare da parte del cittadino senza rischi per la salute, dipende da un corretto svolgimento di tutte le fasi del processo (FILIERA) nonché tenendo sotto controllo tutti i momenti della produzione (dai campi alla tavola, dal forcone alla forchetta); ovviamente la programmazione e l'attuazione dei controlli spettano alle autorità Sanitarie.

Pertanto, in Umbria, nel triennio 2002-2004, tenuto conto della realtà produttiva regionale, gli interventi, che vedranno coinvolti Regione (Servizio V- Prevenzione e sanità pubblica), ASL (Dipartimento di Prevenzione - Servizi Medici e Veterinari) e Laboratori preposti al controllo



ufficiale degli alimenti (ARPA e IZS), saranno attuati sia mantenendo ed aggiornando gli specifici programmi di controllo sugli alimenti, sia realizzando gli obiettivi sotto specificati.

1. Aumentare il livello di protezione della salute dei consumatori nel campo della sicurezza alimentare attraverso il potenziamento degli attuali sistemi di controllo sull'intera filiera agro alimentare
  - 1.a) adeguare il sistema di sorveglianza sull'intera filiera ai principi dell'analisi del rischio per il quale sono state previste le seguenti azioni mirate, articolate nel triennio:
    - estensione del sistema anagrafico zootecnico per garantire il controllo sanitario e di filiera
    - inserimento dei laboratori che effettuano analisi per autocontrollo in un sistema di sicurezza e di qualità
    - perfezionamento del sistema di allerta regionale (adottare in ambito regionale una procedura unificata per la notifica di rischi diretti o indiretti da consumo di alimenti, in grado di assicurare la comunicazione rapida ed omogenea delle notizie e dei dati)
  - 2) Razionalizzare gli attuali programmi di controllo basati su sistemi di monitoraggio e di sorveglianza in funzione dell'analisi del rischio da attuarsi nel triennio, mediante la realizzazione di un sistema informatico e procedurale unificato dei laboratori addetti ai controlli ufficiali degli alimenti
  - 3) Avviare il sistema di analisi del rischio alimentare da attuarsi nel triennio, mediante:
    - creazione e attivazione di un sistema di sorveglianza della produzione primaria operante sulla base di criteri scientifici di analisi, raccolta e trattamento delle informazioni
  - 4) Definire idonee procedure di controllo (comprendenti anche le modalità di campionamento) relativamente ai "novel foods" da attuarsi nel triennio, mediante:
    - individuazione dei novel foods già utilizzati sia nell'alimentazione zootecnica che in quella umana.
    - applicazione del protocollo, indicato dall'ISS, relativo ai metodi di campionamento ( ed ai metodi analitici ) relativamente agli ogm .
  - 5) Potenziare la comunicazione con il consumatore mediante :
    - promozione di iniziative di informazione/educazione
    - coinvolgimento delle associazioni dei consumatori e di categoria in un processo interattivo finalizzato alla condivisione dei livelli appropriati di protezione

### 8.1.5 Prevenzione luoghi lavoro

La prevenzione nei luoghi di lavoro mantiene una forte criticità nell'area della Sanità Pubblica e la conoscenza dei rischi e dei danni da lavoro si rafforza come necessaria base epidemiologica per la definizione di obiettivi di salute misurabili.

I servizi PSAL continueranno a svolgere le attività istituzionali che hanno caratterizzato il loro impegno negli ultimi anni in tema di vigilanza e controllo, (es. nel comparto delle costruzioni, nel comparto siderurgico- metalmeccanico, in agricoltura e nella conduzione di inchieste per i casi di infortuni e malattie professionali) .

Nella programmazione delle attività dei Servizi PSAL per il triennio è' necessario altresì prendere in considerazione alcuni *elementi di novità*:

- forte incidenza di lavori atipici (lavori in affitto, interinali, temporanei, a contratto di "collaborazione coordinata e continuativa",...)
- ristrutturazioni aziendali di basso profilo (tese essenzialmente al risanamento del bilancio, non al raggiungimento dei criteri di qualità);

- cantieri temporanei e mobili con complessità nella integrazione e nel coordinamento (committente, azienda appaltatrice, sub appalti, lavoratori autonomi);
- nuova tipizzazione della forza lavoro con problemi di comunicazione, informazione-formazione e controllo (extra comunitari, lavoro sommerso,...

### *Obiettivi*

I servizi PSAL proseguiranno la loro attività istituzionale in tema di vigilanza e controllo sottolineando l'assistenza e l'informazione alle aziende del territorio puntando alla

#### **A) RIDUZIONE DEI RISCHI E DEI DANNI PER LA SALUTE DERIVANTE DAGLI AMBIENTI DI LAVORO**

A tal fine sarà necessario:

1. Sviluppare le conoscenze epidemiologiche anche utilizzando le informazioni sullo stato di salute della popolazione lavorativa provenienti dai Medici di azienda.
2. Attuare la revisione di procedure/attività non prioritarie (quali idoneità per apprendisti maggiorenni, interdizioni per lavoratrici madri, ecc.) e definizione di strategie di vigilanza integrata con gli altri soggetti istituzionali per la protezione delle fasce lavorative più deboli (minori, lavoratori stranieri, donne, portatori di handicap...)
3. Sviluppare sinergie nei Dipartimenti di Prevenzione nelle aziende USL, con altri soggetti pubblici e privati titolari di competenze specifiche in materia, con le diverse forme di rappresentanza dei cittadini per la definizione di progetti obiettivo mirati (alcuni progetti a valenza regionale sono già in fase di realizzazione).

#### **B) LA PROMOZIONE DELLA SALUTE**

Nel triennio futuro dovranno essere potenziate tutte le attività di promozione della salute mirando a:

1. dare maggiore organicità agli interventi in ambito scolastico, privilegiando e sostenendo iniziative che prevedono l'inserimento della cultura della sicurezza nella ordinaria attività didattica;
2. favorire la formazione del personale dedicato con l'acquisizione di tecniche formative-comunicative e relazionali;
3. garantire adeguate forme di assistenza all'utenza presso tutti i Servizi in grado di rispondere con le diverse professionalità al ruolo di supporto e sostegno per le imprese e i lavoratori;
4. continuare il percorso già intrapreso con la formulazione di "linee guida" mirate a determinate tipologie lavorative e calate nel contesto produttivo locale.

#### **AZIONI/FILONI STRATEGICI DI INTERVENTO :**

- 1 - **gestione infortuni gravi e mortali anche in collaborazione con l'INAIL** (in base al protocollo Regione/INAIL), al fine di individuare i margini di prevedibilità, relativamente ad agenti materiali e modalità di accadimento;
- 2 - **prevenzione rischio cancerogeno (rischio chimico e da fibre)**, per una migliore mappatura del rischio e un monitoraggio adeguato degli esposti ed ex esposti;
- 3 - **allestimento progetti formativi prioritariamente rivolti alle scuole tecniche** (incentrati su salute e sicurezza nel lavoro), al fine di creare una coscienza e una consapevolezza forte tra gli studenti prossimi ad una reale integrazione nel mondo del lavoro;

4 - **prevenzione rischi e danni nei comparti metalmeccanico, costruzioni, agricoltura, legno**, che rappresentano ancora, stando ai dati epidemiologici, le aree più problematiche per infortuni e malattie professionali;

5 - **attività di vigilanza e controllo rivolta alle fasce di lavoratori sottoposte a particolare tutela normativa**, per una protezione mirata soprattutto nella fase del reinserimento proficuo al lavoro.

***SUL PIANO ORGANIZZATIVO:***

Messa a regime dei Servizi PSAL (completamento dotazione organica per le diverse professionalità).

Avvio del processo di accreditamento dei Servizi.

***SUL PIANO PROFESSIONALE:***

Revisione delle procedure e promozione della appropriatezza delle prestazioni nell'ottica dell'ISO 2000.

***SUL PIANO GESTIONALE:***

Messa a regime del sistema informativo finalizzato anche ad una migliore programmazione delle attività.

***SUL PIANO RELAZIONALE:***

Sviluppo, implementazione e messa a regime dei sistemi relazionali interni ed esterni mediante il coinvolgimento di nuovi processi di mediazione e concertazione (pubblico/privato, Istituzionale/ organismi sociali, volontariato, attività "no profit"...).

### **8.1.6 Promozione e tutela della salute degli immigrati**

Con le scelte effettuate nel PSR 1999-2001 - che ha avuto un buon impatto sull'offerta dei servizi agli immigrati - la nostra Regione ha operato per tutelare concretamente il diritto all'immigrazione. Il Piano conferma la propria politica socio - sanitaria volta a tutelare il diritto alla salute di tutti gli immigrati, nella convinzione che la garanzia dell'accesso al sistema di cure del SSR a tutti coloro che in Umbria vivono e lavorano, costituisca un dovere sul piano etico e un riconoscimento concreto di dignità a tutti gli esseri umani.

Le osservazioni condotte nel triennio precedente hanno permesso di evidenziare che gran parte delle patologie sono simili e sovrapponibili a quelle delle popolazioni autoctone, mentre condizioni di vita, lavorative, alimentari ed abitative inadeguate concorrono a determinare:

- lo sviluppo di patologie infettive quali: tubercolosi, malattie sessualmente trasmesse (HIV), parassitosi (scabbia, pediculosi), alcolismo e problemi odontoiatrici;
- una patologia infortunistica legata al luogo di lavoro che comporta numerosi accessi al Pronto Soccorso;
- difficoltà di inserimento nel nuovo contesto socio culturale. In particolare, in ambito scolastico emergono notevoli difficoltà di tipo relazionale da parte dei bambini immigrati, mentre negli adolescenti è particolarmente sentita l'esigenza di avere un sostegno nelle fasi di sviluppo della maturità sessuale.

Occorre adeguare il livello di comunicazione alle conoscenze linguistiche e culturali dell'immigrato, affinché le informazioni fornite dall'Azienda Sanitaria vengano chiaramente

decodificate e quindi correttamente comprese. Particolare attenzione va posta alle difficoltà che soprattutto la popolazione femminile incontra nel riferire le proprie condizioni di salute.

In alcuni casi, la mancanza di percorsi assistenziali chiaramente codificati influisce sulla qualità della risposta ai bisogni espressi.

La presenza di patologie ostetrico-ginecologiche nella popolazione femminile ed un elevato numero di IVG anche ripetute, comporta la necessità di attivare un percorso di prevenzione e tutela della madre e del bambino nel rispetto della identità culturale della donna.

*Per il nuovo triennio si individuano i seguenti obiettivi:*

1) La Regione Umbria, nella programmazione e nella valutazione dei servizi, verifica che l'assistenza sanitaria a livello aziendale e distrettuale garantisca l'assistenza socio sanitaria e appropriate risposte alle patologie presenti nella popolazione immigrata, attivando anche interventi di prevenzione in particolar modo per le malattie infettive e quelle sessualmente trasmesse;

2) Prevenzione primaria e secondaria dei disturbi mentali, in particolare nei gruppi immigrati più esposti a fattori di rischio, attraverso l'individuazione precoce delle situazioni di disagio e l'attivazione di interventi diagnostici e terapeutici;

3) Garanzia di accesso all'assistenza sanitaria per tutti gli immigrati secondo la normativa vigente su tutto il territorio regionale;

4) Consolidare e garantire le attività di mediazione culturale;

5) Attuazione da parte delle aziende sanitarie di interventi di tipo informativo rivolti all'utenza, di tipo formativo per gli operatori e di riorganizzazione dei servizi per utenti immigrati;

6) Favorire l'integrazione socio-sanitaria tra le varie istituzioni per quella tipologia di interventi non esclusivamente di natura sanitaria.

### **8.1.7 Lotta alle nefropatie**

La lotta alle nefropatie dopo un triennio che ha visto gli sforzi del SSR concentrarsi sugli adeguamenti quantitativi alla richiesta di prestazioni, è chiamata a confrontarsi con i temi del governo clinico dei processi assistenziali, essendo necessario introdurre forti elementi di qualità nel settore. Un ruolo del tutto rilevante in tale prospettiva è rivestito dal registro regionale dei dializzati, che è chiamato a mettere a disposizione di professionisti, amministratori e cittadini un bagaglio di conoscenze ancora più approfondito e raffinato.

Le aree di riflessione che saranno al centro delle attività del triennio partono dalla necessità di mettere a fuoco, sul versante epidemiologico una serie di problemi di salute:

1: eterogeneità - anagrafica e territoriale - e relative cause dell'aumento dell'incidenza dei casi di uremia terminale nella nostra regione e in Italia.

2: dimensioni epidemiologiche e implicazioni assistenziali della comorbilità, in relazione alle principali patologie e alla diverse classi di età e relativi protocolli operativi per pz ad alta complessità dialitica;

3: indicatori di outcome per gli emodializzati in relazione alla riduzione delle disabilità residua;

4: andamento, dimensioni, eterogeneità ed appropriatezza della ospedalizzazione dei pazienti emodializzati

5: supporti socio assistenziali per pz e le loro famiglie.

6: verifica degli andamenti degli indicatori di mortalità e sopravvivenza negli emodializzati per grandi classi di età e relativi confronti spazio temporali;

7: verifica dell'appropriatezza al ricorso alla dialisi e analisi delle cause che sottendono l'alta incidenza di nuova dializzati in Umbria rispetto ad altre regioni.

8 Garanzie di equità nell'area nefrologica

9 Aspettative di qualità della vita nei pz dializzati a diverse classi di età e limiti etici ai trattamenti in condizioni terminali

10. Condizioni a maggior rischio di errore organizzativo e medico in nefrologia.

11. Depistaggio precoce delle insufficienze renali, attivazione di misure di prevenzione terziaria, in relazione ai potenziali approcci e benefici attesi

12 Ulteriori interazioni con le attività di trapianto, peraltro ben sviluppate nella nostra regione se confrontate con la realtà nazionale

A partire dalle risposte che saranno fornite a tali aree problematiche:

- sarà avviata la eventuale riorganizzazione del settore sia in termini di risorse assegnate che di innovazione organizzativa, segnalando fin d'ora che alcune attività si prestano ad essere gestite in chiave sovraziendale;
- saranno attivati i sistemi operativi gestionali (formazione, verifica tariffe, confronto dei costi tra centri analoghi, etc) e per la gestione delle relazioni esterne (collobarazioni con società scientifiche, coinvolgimento delle associazioni di volontariato e del terzo settore, etc).

### **8.1.8 Prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili**

L'attività di prevenzione delle malattie infettive dovrà essere incentrata sia a contrastare le principali patologie prevenibili presenti sul territorio regionale, sia a fronteggiare l'eventuale insorgere di eventi imprevedibili.

#### **OBIETTIVI DI SALUTE**

- Ridurre il numero delle malattie infettive soggette a vaccinazioni e, in particolare tendere alla eliminazione del morbillo;
- Migliorare la sorveglianza delle malattie infettive;
- Prevenire e controllare l'andamento della malattia tubercolare;
- Sorveglianza epidemiologica e prevenzione delle infezioni da HIV e delle malattie sessualmente trasmesse;
- Impedire la diffusione di una possibile pandemia influenzale;
- Impedire la diffusione nel caso di introduzione di malattie ad alta infettività ( es: Ebola, Lassa, Vaiolo, ecc.)
- Ridurre sensibilmente le infezioni acquisite nell'attività di assistenza.

#### **AZIONI PRIORITARIE**

##### **Sorveglianza e Controllo delle Malattie Infettive**

- 1) Migliore utilizzo dei Sistemi di Notifica delle Malattie Infettive tramite un maggior coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta.
- 2) Malattie prevenibili con vaccinazioni tramite il miglioramento delle coperture vaccinali : sulla base delle indicazioni del Piano Nazionale Vaccini e come già definito dal precedente PSR è già stato elaborato uno specifico protocollo, contenente le linee guida

e le strategie da seguire per il raggiungimento delle coperture vaccinali previste (95% per i vaccini contro poliomielite, tetano, difterite, pertosse, epatite B, Haemophilus, morbillo, parotite e rosolia; 75% per il vaccino antinfluenzale negli anziani).

- 3) Per quanto riguarda il morbillo, oltre che il raggiungimento del 95% di copertura vaccinale nei nuovi nati, anche al fine di fronteggiare l'epidemia che ha colpito questo anno l'Italia, è stata data alle ASL umbre l'indicazione di recuperare i non vaccinati nati negli ultimi 10 anni e quindi somministrare il secondo step vaccinale a partire dal 6° anno di età.

Per raggiungere l'obiettivo della eliminazione del morbillo entro l'anno 2005 sarà anche definito un programma nazionale che potrà essere recepito a livello locale.

### **Controllo Della Tubercolosi**

- 1) Miglioramento del sistema di sorveglianza dei casi e analisi dei dati epidemiologici;
- 2) Sorveglianza sugli esiti del trattamento e sulle farmacoresistenze;
- 3) Valutazione dell'andamento dell'infezione nei gruppi ad alto rischio, a partire dai contatti dei casi con tubercolosi attiva ;
- 4) Ridefinizione globale degli interventi in linee guida regionali (revisione del protocollo esistente).

### **HIV**

- 1) Riattivare la sorveglianza epidemiologica dell'infezione ( attraverso i SISP )
- 2) Gestire il registro regionale dei casi di malattia.
- 3) Attivare interventi informativo – educativi rivolti a tutta la popolazione e, in particolare, ai giovani, per la prevenzione dei comportamenti a rischio.

### **Pandemia Influenzale**

Sulla base di quanto contenuto nel “Piano italiano multifase di emergenza per una possibile Pandemia Influenzale” si predisporrà un piano attuativo regionale.

Questo potrà costituire un prototipo utile nel caso in cui fosse necessario fronteggiare altre evenienze che richiedano un improvviso elevato aumento delle necessità di assistenza in risposta ad un eventuale rischio biologico (bioterrorismo).

### **Malattie ad Alta Infettività**

Molte malattie ad alta infettività (febbri emorragiche, vaiolo, peste, ecc.) sono malattie gravi ad alta infettività che devono essere affrontate con tempestivi interventi di sanità pubblica per bloccarne la diffusione ed anche per evitare una erronea percezione del rischio .

Le Regioni e le Province Autonome hanno in programma di predisporre, in collaborazione con il Ministero della Salute, uno specifico protocollo di intervento per il controllo di queste malattie che verrà reso operativo, non appena approvato a livello locale.

### **Infezioni Legate all'assistenza**

La Regione dell'Umbria ha pubblicato, nel mese di maggio 2001, specifiche linee guida regionali sulle infezioni ospedaliere contenenti indicazioni sulle attività di sorveglianza e sui ruoli dei diversi livelli del SSR nella lotta alle infezioni ospedaliere.

I Dipartimenti di Prevenzione possono offrire un contributo alla soluzione del problema sia mettendo a disposizione le proprie competenze nella epidemiologia e nella prevenzione delle malattie infettive, sia attuando il controllo delle infezioni nelle strutture di assistenza non ospedaliera (case di riposo, comunità, ecc.)

## 8.2 *Sviluppare nuove progettualità*

### 8.2.1 **Promozione e tutela della salute della donna e dell'età evolutiva**

Il progetto ha incontrato difficoltà sostanziali nella adozione del modello regionale di DMIEE: accanto ad ASL che hanno cercato di affrontare i complessi nodi organizzativi e funzionali posti dalla ampiezza della materia, ve ne sono state altre in cui la riflessione organizzativa non si è avviata ad un livello adeguato, mentre l'integrazione tra ospedale e territorio ha segnato il passo e l'uso privato del pubblico è dilagato.

Il nuovo progetto pertanto:

- acquisisce ed aggiorna il quadro delle conoscenze epidemiologiche;
- attualizza, verifica ed integra i problemi di salute ed organizzativi già individuati nel PSR 1999-2001;
- ridefinisce gli obiettivi nel quadro di quelli individuati dal Piano nella sezione 4, declinando bene i sotto obiettivi ed i relativi indicatori di outcome;
- verifica la coerenza e le volontà delle direzioni aziendali in merito ai modelli organizzativi del DMIEE;
- colloca l'operatività del dipartimento all'interno delle indicazioni del Piano, con particolare riferimento alle attività di iniziativa e di promozione della salute (Piano integrato per la salute nella scuola, rilancio attività consultoriali, rete di intervento precoce sul disagio giovanile) ed al governo clinico;
- verifica l'attuale assetto funzionale dei punti nascita, confermandone l'attuale dislocazione e ridefinendo con maggiore forza le competenze e le connessioni a rete;
- individua e concorda con il sistema 118 le procedure idonee a supportare la gestione delle emergenze ed urgenze in ambito neonatale;
- definisce e presidia alcuni percorsi assistenziali fondamentali (gravidanza fisiologica, screening tumori sfera genitale femminile, diagnostica prenatale, etc) in cui garantire equamente in tutta la regione l'accessibilità ai servizi pubblici, definendo argini concreti all'uso privato del pubblico;
- definisce nell'ambito dei LEA le prestazioni garantite dal SSR nel campo della PMA;
- individua gli interventi e le connessioni che, recepite negli accordi interaziendali, garantiscono una migliore integrazione ospedale territorio, soprattutto a Perugia ed a Terni.
- introduce la sperimentazione dell'IVG medica;
- approfondisce l'analisi epidemiologica ed organizzativa sulle migliori modalità di integrazione tra SRRE e DMIEE e con gli altri servizi e specialità afferenti;
- promuove una indagine regionale ad hoc sulla epidemiologia delle infezioni da toxoplasma in gravidanza;
- verifica l'uso dei appropriato delle linee guida esistenti e favorisce la messa a punto di aggiornamenti e nuove proposte;
- fa proprie le linee guida e gli orientamenti emersi nel triennio 1999-2001 in materia di sordità infantile ed autismo;

- o attiva i sistemi operativi gestionali (formazione, verifica tariffe, confronto dei costi tra centri analoghi,etc) e per la gestione delle relazioni esterne (collaborazioni con società scientifiche, coinvolgimento delle associazioni di volontariato e del terzo settore, etc).

## 8.2.2 Prevenzione e assistenza oncologica

Il progetto ha incontrato difficoltà nella messa a regime delle indicazioni organizzative fornite dal PSR 1999-2001, che rimangono fortemente attuali.

L'ulteriore sviluppo delle attività epidemiologiche del Registro Tumori Umbro di Popolazione ha però permesso di acquisire una mole di conoscenze estremamente consistenti, in parte illustrate nella sezione 2 del Piano, e che rappresentano indubbiamente la base conoscitiva più sviluppata ed affidabile oggi presente nella sanità regionale.

Di particolare rilevanza sono i dati sulla sopravvivenza dei nostri pz in relazione a quelli di altre regioni italiane, confronto reso possibile solo grazie alla qualità del lavoro epidemiologico svolto e che evidenziano come per molte patologie i nostri servizi garantiscano sopravvivenze in linea con quelle delle migliori regioni italiane e talora (mammella) garantiscano addirittura la più alta sopravvivenza registrata in Italia.

Su questa base la programmazione sanitaria colloca gli interventi del prossimo triennio:

- o conferma del modello pubblico a gestione territoriale integrata;
- o sviluppo delle attività di prevenzione primaria, con piani integrati per la prevenzione dei tumori che devono avere una particolare coerenza nella ASL n. 1;
- o sviluppo delle attività epidemiologiche basate sul RTUP al fine di acquisire elementi di valutazione sugli outcome dei servizi oncologici aziendali e degli screening di popolazione, utilizzare i dati nella prevenzione ambientale e nei luoghi di lavoro e verificare l'equità di accesso – geografica, socio economica, etc - alle cure oncologiche;
- o consolidamento degli screening di popolazione già avviati (mammella ed utero), e attivazione dello screening per il carcinoma del colon retto;
- o omogeneizzazione dei servizi aziendali nei confronti degli screening per i quali non vi è evidenza di efficacia e che quindi non possono essere posti a carico del fondo sanitario regionale (es: prostata);
- o Attivazione della rete regionale di assistenza oncologica con le seguenti articolazioni:
  - Centro regionale di riferimento presso l'AOPG;
  - attivazione dei Poli oncologici nelle AO di Perugia e Terni;
  - definizione di percorsi integrati che garantiscano il governo clinico in oncologia e ottimali relazioni con i servizi oncologici delle ASL;
  - integrazione tra attività oncologiche e radioterapiche, anche tramite creazione di dipartimenti aziendali
  - intergrazione funzionale tra servizi oncologici, servizi ospedalieri di terapia del dolore ed i servizi distrettuali di cure palliative;
  - valorizzazione, nell'ambito dell'appropriatezza gestionale complessiva del progetto, del ruolo del volontariato;



- verifica della possibilità di collocare una eventuale proiezione dell'Istituto Europeo di Oncologia (Ist. Tumori di Milano) in Umbria ed in particolare a Spoleto, garantendo ulteriori elementi di qualificazione dell'assistenza oncologica regionale e puntando ad ottimizzare l'offerta in quei settori nei quali i dati di sopravvivenza sono inferiori all'atteso.

### 8.2.3 Promozione e tutela della salute mentale

In una fase in cui, a livello nazionale, tentano di imporsi spinte fortemente regressive nel settore della Salute Mentale, l'Umbria, per il bagaglio acquisito, intende riproporre una visione della malattia mentale curativa, evolutiva e, soprattutto, finalizzata alla riconquista di un reale diritto di cittadinanza per gli utenti ed i loro familiari. In questa ottica appare ormai anacronistica e disfunzionale la dicotomia tra salute mentale e psichiatria, rappresentando questa ultima elemento fondamentale di un insieme più ampio (la salute mentale) costituito da aree diverse, tra loro strettamente integrate.

Riteniamo concreto il rischio che ci si possa avviare verso una parcellizzazione (semplificazione) degli interventi e verso un disconoscimento di pratiche integrate di cura, elemento irrinunciabile e centrale dello specifico psichiatrico. Con questo Piano s'intende ribadire quindi con forza la complessità di un intervento che è complessità dell'individuo e che può essere correttamente gestita solo attraverso l'unitarietà e l'integrazione di tutte le azioni e di tutti gli attori che concorrono ad una buona Salute Mentale.

Operativamente, da tempo ormai, si è raggiunta un'assistenza capillare e fortemente integrata su tutto il territorio regionale; i Centri di Salute Mentale costituiscono punto di riferimento per utenti che presentano patologie e bisogni diversificati (dalle patologie mentali gravi, ai disturbi affettivi comuni, dalle condizioni di disagio personale e relazionale ai disturbi psicopatologici consolidati, dalle attività di intervento sul rischio psicopatologico, alla terapia e riabilitazione delle patologie maggiormente disabilitanti, dall'intervento in età evolutiva e giovanile alla consulenza ed intervento diretto a garanzia della salute mentale degli anziani) producendo attività e prestazioni specialistiche semplici (monoprofessionali) e complesse (che richiedono l'intervento di équipes multiprofessionali e l'attivazione di più interventi integrati); sono stati istituiti i Dipartimenti di Salute Mentale; è stata completata positivamente la chiusura dell'ex O.P.; sono stati avviati Patti territoriali per la Salute Mentale.

Si riconfermano in questa sede gli indirizzi strategici normati con precedenti atti legislativi (DCR 7/7/1997 n. 372 e DCR 10 gennaio 2000, n. 767) in ordine a:

- interventi prioritari da compiere nell'ottica di tutelare la salute mentale nell'intero ciclo di vita, prevenendo l'evoluzione disabilitante dei disturbi psichici attraverso l'individuazione precoce delle situazioni di disagio, specie nella popolazione giovanile e riducendo le condizioni disabilitanti nei soggetti con patologie mentali gravi, al fine di favorirne l'inserimento sociale e lavorativo, e di proteggere la salute mentale e la qualità di vita del nucleo familiare;
- mantenimento e sviluppo della rete dei servizi di salute mentale presente nella nostra regione;
- sviluppo di una migliore integrazione del sistema dei Dipartimenti di Salute Mentale con i servizi sociali e sanitari distrettuali ed ospedalieri;
- promozione del ruolo strategico degli enti locali (Comuni) e di tutti i soggetti, pubblici e privati, idonei nel contribuire alla definizione e realizzazione di politiche di salute mentale innovative ed intersettoriali.

Infatti i problemi ed obiettivi di salute allora individuati risultano tuttora validi non avendo visto esaurito il loro ruolo prioritario nell'arco di tempo individuato dal precedente PSR.

Ciò anche a causa della carenza di risorse operative, frutto della progressiva riduzione non seguita da sostituzione di operatori che avevano acquisito, nelle pratiche di deistituzionalizzazione e di fondazione della psichiatria territoriale, una alta specializzazione, e della mancata attuazione dei necessari interventi di raccordo.

Per rendere operativo quanto detto necessita rendere più stretto e continuo il rapporto tra tecnici della programmazione sanitaria regionale e operatori dei servizi da un lato e tra costoro e le organizzazioni della utenza e della società civile dall'altro.

#### Azioni prioritarie

- Consolidamento dei Dipartimenti di Salute Mentale nel quadro delle previsioni della legge regionale 3/98.
- Attivazione presso l'Assessorato regionale ai Servizi Sociali e Sanitari di un Gruppo di coordinamento regionale rappresentativo delle professionalità dei DSM e del privato sociale, e delle opinioni delle associazioni dei familiari e degli utenti.
- Istituzione di un osservatorio regionale sulla salute mentale che, a partire dalla messa a regime del Sistema Informativo regionale, consenta la condivisione di dati sulla utenza e le attività dei DSM ed attui il monitoraggio sulle risorse e la qualità degli interventi, in particolare nelle aree di attività a forte integrazione sociosanitaria.
- Interventi orientati alla Promozione della Salute Mentale attraverso il sostegno e consolidamento della costruzione di alleanze tra tutte le risorse sanitarie e sociali, attivando idonee integrazioni funzionali mediante coordinamenti interdipartimentali e nell'ambito dei Distretti.
- Raggiungimento di livelli uniformi di qualità ed accessibilità delle strutture di ricovero ospedaliero a livello regionale attraverso il completamento della rete dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura e l'adeguamento al parametro di 0,6 posti letto per 10.000 abitanti definito nella DCR del 7 luglio 1997 n. 372 2 e tuttora valido.
- Riorganizzazione delle risposte ai bisogni connessi con il rischio ed il danno psicopatologico in età evolutiva ed organizzazione della collaborazione con gli altri servizi sociali e sanitari ad essa dedicati.
- Realizzazione degli interventi e dei livelli operativi previsti nella DGR 1671 del 2000 in team di disordini del comportamento alimentare.
- Promozione della qualità dei processi riabilitativi in ambito residenziale
- Promozione delle attività ad integrazione socio-sanitaria e delle azioni di de-psichiatrizzazione dei bisogni dei pazienti psichiatrici
- Attivazione di programmi di formazione e di aggiornamento degli operatori in servizio presso i DSM e degli operatori del privato sociale
- Promozione dei diritti di cittadinanza e interventi di sostegno ad iniziative autogestite, come ad esempio l'amministrazione di sostegno, attività che necessita di regolamentazione regionale, e le reti di auto mutuo aiuto.

#### 8.2.4 Dipendenze

Il decreto interministeriale 14 giugno 2002 rappresenta un atto viziato sia dal punto di vista costituzionale sia in termini d'indicazioni organizzative in contrasto con quanto ancora disciplinato

da precedenti Accordi e Atti d'Intesa Stato-Regioni, ancora peraltro applicate a "macchia di leopardo nel contesto nazionale" Punti critici e salienti del Decreto riguardano la possibilità del privato sociale, accreditato di poter certificare lo stato di tossicodipendenza ed il libero accesso "presso qualsiasi struttura autorizzata.". Scompare letteralmente dal ventaglio d'offerte quelle concernenti gli strumenti operativi ed azioni ispirate alla riduzione del danno e si evince chiaramente un'illegitima e pericolosa ingerenza ideologica e nei confronti di scelte ed opzioni terapeutiche possibili. Inoltre la proposta del nuovo Piano Sanitario Nazionale 2002-2004 parte da presupposti "ideologici" e "moralistici" estranei ormai all'orientamento più volte espresso in ambito europeo anche dall'Osservatorio di Lisbona, presupposti che rischiano di aumentare il livello di "cronicizzazione del disagio e dell'esclusione sociale" e di "medicalizzare" l'uso non problematico delle sostanze attraverso finalità, obiettivi ed indicazioni organizzative che di fatto negano tutti i percorsi culturali-scientifici finora avviati ed esulano da una attenta valutazione dei processi attivati e conseguenti risultati finora raggiunti nella direzione della tutela della salute ed in accordo con la reale missione dei servizi sanitari e socio-sanitari operanti nel settore.

A livello regionale persistono i problemi di salute già evidenziati nel precedente PSR. Conseguentemente sono riproposti i principali obiettivi di salute già allora definiti e, alla luce di un'attenta valutazione dei risultati conseguiti nel triennio precedente, sono individuati tre *macro-obiettivi generali*:

\* perseguire strategie di politica socio-sanitaria e conseguenti assetti organizzativi e funzionali garanti dell'equità d'accesso, della fruibilità e della completezza delle prestazioni ed esaustività delle risposte a tutte le persone con problemi d'uso, abuso, dipendenza da sostanze legali ed illegali:

\* assicurare risposte sempre più intersettoriali e continue attraverso la reale costruzione di un sistema di servizi pubblici e del privato sociale in cui i diversi soggetti operano insieme per la tutela del diritto alla salute: ciò significa riconoscere, valorizzare e potenziare sia il pubblico sia il privato sociale nella direzione della costruzione di un sistema complementare di servizi;

\* assicurare un orizzonte terapeutico complessivo che assicuri l'offerta, da parte del sistema dei servizi pubblici e del privato sociale, di tutte le opzioni terapeutiche, assistenziali e di "accompagnamento" validate scientificamente.

Rispetto alla **cornice operativa globale** si possono evidenziare le seguenti macro-azioni:

- Governare l'implementazione del "Nuovo sistema d'interventi e servizi nell'area delle dipendenze"
- Il "nuovo sistema" disposto con D.G.R. n. 1057 del 29/07/2002 si caratterizza quindi per:
- l'offerta di un orizzonte terapeutico complessivo con prestazioni a bassa soglia che si affiancano in modo complementare ed integrato ai diversi ed articolati percorsi di prevenzione, cura, riabilitazione;
- la promozione di un sistema a rete in cui il pubblico ed il privato sociale concorrono al raggiungimento di finalità comuni secondo le proprie specifiche vocazioni e competenze.

- *Supportare il processo di consolidamento delle funzioni di coordinamento tecnico-funzionale tra tutte le unità operative afferenti ai Dipartimenti per le Dipendenze*

Adesso occorre garantire che tale funzione generale sia effettivamente assolta dai Dipartimenti nella direzione della costruzione di:

- una rete di servizi pubblici e del privato sociale in grado di rispondere alla complessità dei bisogni con la diversificazione e differenziazione degli interventi;

- un sistema integrato che si costruisce partendo dal riconoscimento delle pluralità di esperienze, attività e percorsi realizzati sia dal pubblico che dal privato sociale;
- un sistema integrato in cui ogni elemento della rete contribuisce al percorso di accompagnamento, alla “presa in carico” complessiva della persona;
- un sistema integrato in cui è il servizio pubblico ad essere garante della unitarietà, appropriatezza, congruità, efficacia ed equità delle risposte;
- un sistema a rete che garantisce il rispetto della dignità e restituisce reale protagonismo anche nelle scelte di politica socio-sanitaria alle persone con uso/abuso/dipendenza da sostanze.

*- Sviluppo di politiche ed azioni intersettoriali nel campo delle Dipendenze*

Ancora le politiche intersettoriali nell’area delle dipendenze sono ancora “intenti da perseguire” piuttosto che “azioni reali”. Necessita costruire e/o potenziare integrazioni funzionali non solo con altre risorse sanitarie (così come indicato nelle azioni) ma con tutti i soggetti non sanitari impegnati a diverso titolo nel settore e garantire una chiara e definitiva interfaccia tra le risorse sanitarie e sociali.

**La cornice operativa globale** ha come asse portante la **valorizzazione delle risorse** nella direzione di:

- **valorizzazione dell’individuo** che oltre ad essere portatore di un disagio possiede risorse personali e competenze da sostenere e potenziare;
- **valorizzazione degli operatori** che hanno negli anni acquisito un bagaglio di conoscenze e competenze utilizzate nella miriade di progetti ed attività implementati;
- **valorizzazione del contesto sociale** in grado di accogliere non solo le diverse forme di disagio ma al contrario mobilitare quelle forme di sostegno e di solidarietà che sostengono percorsi individuali e collettivi di crescita e di inclusione ed emancipazione sociale.

### 8.2.5 Lotta alle cardio e cerebro vasculopatie

Il progettualità del triennio passato ha risentito, come e forse più di altri analoghi rivolti a patologie d’organo, della mancanza di ambiti aziendali di coordinamento, talché le iniziative proposte in materia di promozione della salute, prevenzione primaria e secondaria dei fattori di rischio cardio e cerebrovascolari (peraltro in gran parte coincidenti) e l’appropriata articolazione degli interventi tra medicina di base, servizi specialistici e servizi ospedalieri hanno risentito di una forte eterogeneità applicativa, contribuendo a ridurre i guadagni di salute conseguibili.

Peraltro l’attenzione delle collettività locali è tuttora molto concentrata sugli aspetti legati alla terapia individuale creando climi più favorevoli allo sviluppo di approcci farmacologici e dei servizi specialistici che allo svolgimento delle attività di promozione e prevenzione primaria.

Il Piano nel prossimo triennio:

- 1) conferma, puntualizzandoli e aggiornandoli, gli obiettivi di salute già individuati nel PSR 1999 2001 che miravano ad un approccio globale nella lotta alle malattie cardio e cerebrovascolari;
- 2) rideclina gli obiettivi all’interno delle aree di attività previste nella sezione 4, sviluppando a tal fine studi epidemiologici mirati a costruire e documentare gli outcome relativi al contributo di cardiologi e neurologi alla riduzione della disabilità evitabile;

- 3) assume la complessità dello scenario e la molteplicità degli attori presenti nel settore, rilanciando la sfida per una gestione globale ed unitaria della lotta alle cardio e cerebrovasculopatie attraverso le strategie:
  - o dei patti per la salute (nella scuola, degli anziani, per le città sane) che puntano a creare cittadini consapevoli ed attivi nella promozione della propria salute e nella interazione con i servizi sanitari e ambienti salubri, costruendo le interazioni di massa necessarie per affrontare i problemi ad un livello adeguato alla loro dimensione;
  - o del governo clinico delle attività territoriali ed ospedaliere chiamate a garantire tutte le dimensioni operative della qualità assistenziale (sicurezza, efficacia, appropriatezza, equità, efficienza, coinvolgimento degli utenti) sia nei percorsi assistenziali del territorio che in quelli ospedalieri per la acute care e per la long term care, con una migliore definizione delle responsabilità gestionali a partire dalle direzioni sanitarie delle ASL, dei distretti e dei dipartimenti di area e puntando sulla responsabilizzazione delle equipe territoriali; in tale scenario chiama tutti i professionisti ad una gestione più appropriata della risorsa farmaco (statine, antiipertensivi, etc);
- 4) definisce le modalità di integrazione per le attività cardio chirurgiche tra le due aziende ospedaliere e i servizi aziendali di cardiologia in modo da conseguire una gestione effettivamente coordinata anche attraverso un dipartimento interaziendale;
- 5) prende atto della necessità di trovare il punto di equilibrio, particolarmente per l'alta specialità, tra l'esigenza di evitare la "migrazione sanitaria" dei cittadini umbri (tenendo in debito conto non solo le ridotte dimensioni del territorio regionale, ma anche la sua particolare articolazione e posizione geografica) e quella di creare centri che possano raggiungere, nel triennio, la piena espressione raggiungendo i requisiti strutturali e professionali per l'accreditamento. In questa cornice inserisce il proseguimento della sperimentazione delle attività di cardiocirurgia all'AO di Terni, assumendo il triennio 2003-2005 come ambito temporale per la verifica del raggiungimento di tali requisiti, in deroga a quanto previsto nel paragrafo 6.6.3.6;
- 6) definisce:
  - l'evoluzione della rete regionale dell'emodinamica prevedendo la continuazione delle attività di Gualdo Tadino e in prospettiva del nuovo ospedale di Branca in stretto collegamento con il dipartimento di cui al punto 4, che ne garantisce la sicurezza e appropriatezza;
  - l'evoluzione dell'offerta nel campo del trattamento delle aritmie;
  - i fabbisogni nel campo della chirurgia vascolare.
- 7) definisce i bisogni riabilitativi nell'area cardiologica in linea con le indicazioni scientifiche internazionali e nazionali, riservando, salvo diversi accordi interaziendali alle AO le attività riabilitative precoci per i cardioperati ed i trapiantati, mentre la riabilitazione cardiologica ambulatoriale avviene di norma a livello territoriale;
- 8) per lo specifico della lotta alle cerebrovasculopatie, oltre agli interventi sopra definiti, fornisce le seguenti indicazioni:

La letteratura medica internazionale conviene ormai sul fatto che i pazienti con ictus cerebrale in fase acuta necessitano di un'assistenza specialistica integrata fin dall'inizio, che faccia parte di un percorso riabilitativo e che imposti fin da subito la prevenzione secondaria.

I dati disponibili evidenziano il vantaggio indubbio dell'Unità per ictus di tipo "riabilitativo", ma suggeriscono che l'assistenza dedicata e specializzata sia di vantaggio anche nei primi giorni. Non vale certamente l'inverso: non ha senso ricoverare il paziente in strutture dedicate per uno o

due giorni e poi trasferirlo in reparti comuni di degenza, poiché così facendo si perderebbero evidentemente tutti i vantaggi in termini di mortalità e disabilità evitabile. Sono quindi da condividersi le garanzie per il paziente con ictus riassunte nello schema seguente: 1) ricovero più precoce possibile (entro le prime ore dall'insorgenza dei sintomi) in una struttura ospedaliera dedicata (Stroke Unit), o, in mancanza di posti letto, in area di degenza medica che utilizzi gli stessi criteri diagnostico-terapeutici ed assistenziali, con il supporto del personale della Stroke Unit. 2) Inizio precoce del trattamento riabilitativo (entro le prime 24 ore dal ricovero). 3) Assistenza da parte di personale sanitario dedicato, motivato e preparato in modo pressoché esclusivo alla gestione del paziente con ictus cerebrale. 4) Approccio interdisciplinare coordinato dal neurologo o dal medico esperto in cerebro vasculopatie. 5) Assicurazione di una continuità terapeutica, che coinvolga tutte le fasi di malattia, dalla prevenzione primaria, alla fase di ricovero ed a quella di follow-up, da realizzarsi in un percorso integrato coinvolgente i Centri di Riabilitazione collocati sul territorio ed i Medici di Medicina Generale.

Quanto alle necessità assistenziali, utilizzando i dati degli studi SEPIVAC e SEPIVAC 2, che offrono informazioni sull'incidenza e prognosi della malattia cerebrovascolare nel Distretto del Trasimeno, rispettivamente nel periodo 1986-89 e nel 1999, si è scelto qui di considerare un'incidenza pari a 2.5 per 1000, poiché se è vero che non tutti i pazienti con primo ictus si ricoverano, è altrettanto vero che le recidive nella gran parte dei casi vanno trattate in modo analogo ai primi episodi. Pertanto, in buona approssimazione, si può affermare che si possono prevedere almeno 2000 ricoveri per ictus in Umbria ogni anno. La durata della degenza è qui stimata in 12 giorni, ed il tasso d'utilizzo dei letti pari all'80%. Ne deriva una necessità di circa 82 letti dedicati, da distribuirsi tenendo conto sia delle peculiarità dei diversi Presidi Ospedalieri (autonomi e di USL), sia della realtà territoriale (possibile migrazione sanitaria da altri territori). In linea di principio, si può prevedere che le due Aziende Ospedaliere dispongano di Unità Ictus di secondo livello (p.es. 12 letti a PG e 8 letti a TR), mentre per le 4 USL si può ipotizzare una divisione e/o accorpamento in base alle peculiari caratteristiche organizzative, con Unità Ictus di primo livello (p. es. 8 letti a C. Castello, 6 a Gubbio-Gualdo, 6 ad Assisi, 8 al Trasimeno, 6 a Todi-Marsciano, 8 a Foligno, 8 a Spoleto, 6 a Orvieto e 6 a Narni-Amelia).

Quanto alle risorse necessarie, occorre prevedere un infermiere professionale per 4 letti per turno (quindi almeno 5, ma meglio 6, da ruotare su 4 letti), un TdR dedicato per Unità (quindi 2 in organico) e personale medico espressamente e specificamente dedicato (sul cui numero si deve ragionare in base alle singole realtà territoriali). Non è, infatti, pensabile né accettabile che dietro la targa "Stroke Unit" non vi sia il benché minimo livello assistenziale specifico. Devono ovviamente essere previste (e se necessario integrate) figure professionali (logopedista, psicologo, etc) che possono servire più sedi e servizi. Ciascuna Unità ictus dovrà poi strutturare un rapporto con il territorio (attività ambulatoriale) ed un'integrazione con i servizi dello stesso, eventualmente anch'essi da potenziare, soprattutto dal punto di vista riabilitativo. Una quantificazione approssimativa dei costi aggiuntivi può essere fatta tenendo conto che i letti attuali occupati da pazienti con ictus sono comunque gestiti da personale medico e paramedico per una parte dell'orario di lavoro; l'incremento del costo sta prevalentemente nella spesa per il personale infermieristico, che dovrebbe passare dal rapporto 1/8 - 1/10 del comune reparto di Medicina a 1/4 (quindi circa 9 infermieri in più per turno). Va prevista poi la spesa per figure di fisioterapista, da quantificare però in base alle realtà locali.

Occorre in sostanza modellare un nuovo tipo d'assistenza all'ictus, che non rappresenta soltanto un elementare diritto del cittadino malato, ma anche un sistema di contenimento della spesa sanitaria impropria e di aumento del rapporto benefico/costo delle prestazioni, quando basate su solide evidenze: riduzione della mortalità, della istituzionalizzazione e della disabilità residua. Tali parametri andranno ovviamente monitorati periodicamente per verificare l'efficacia pratica.

## 8.2.6 Progetto cure palliative

L'Umbria ha emanato nell'ottobre 2000 la DGR 1111 del 27/9/2000: "Progetto regionale per la rete di assistenza ai malati terminali" dove sono previste indicazioni per l'assetto organizzativo e funzionale delle attività di palliazione.

Il Piano nell'assumere tali indicazioni, mira a garantire la coerenza del modello organizzativo generale che le ASL sono chiamate a seguire ed a sviluppare, in base alle condizioni operative ed organizzative specifiche da cui le stesse partono.

Tale modello di rete è basato su una serie di assunti propri dell'organizzazione generale dei *servizi socio sanitari distrettuali*:

- responsabilità del medico generalista nella attivazione degli interventi;
- azione di supporto da parte dei servizi territoriali che prendono in carico la maggior parte delle situazioni, permettendo con la loro diffusione una maggiore capillarità di intervento;
- potenziamento degli effetti tramite coinvolgimento della famiglia;
- valorizzazione, nell'ambito dell'appropriatezza, del ruolo del volontariato;
- valorizzazione della rete dell'ADI, che costituisce un continuum con l'ADI per i pazienti terminali ed al cui interno vengono create le competenze necessarie a gestire anche questi pazienti, sia in termini di case manager, che in termini di valorizzazione della competenza infermieristica;
- valorizzazione delle competenze della medicina palliativa, afferenti al servizio aziendale di cure palliative che interviene sia partecipando alla valutazione dei bisogni assistenziali (che avviene in seno alla Unità di Valutazione delle Cure Palliative, sia garantendo l'appropriatezza professionale dei percorsi assistenziali e di quelli formativi, salvo nei casi in cui sia necessario prevedere la presa in carico di particolari pz.);
- garantire l'approccio multidimensionale, la continuità delle cure, l'intensità delle cure ed il rispetto delle scelte del paziente e della famiglia;
- garantire, attraverso il ricorso ai centri residenziali di cure palliative (di cui è in fase avanzata la progettazione e realizzazione di quattro strutture aziendali in Umbria nell'ambito del relativo progetto ministeriale) una risposta assistenziale a quei pazienti che per particolari condizioni non è opportuno risiedano nella propria abitazione. Nell'attesa dell'effettiva disponibilità di tali centri, le Aziende destinano, provvisoriamente, una quota di p.l. delle RSA a degenza breve da attivare nel primo triennio di Piano negli ospedali di territorio, a tale funzione;
- garantire altri interventi necessari per completare la risposta assistenziale (day-hospital, ambulatorio);
- garantire le integrazioni con i servizi oncologici e di terapia del dolore con particolare riferimento alle Aziende ospedaliere.

## 8.2.7 Progetto "Potenziare le attività di genetica"

In ambito regionale diverse strutture e servizi svolgono attività assistenziale nel settore della genetica medica, a livello clinico e/o di laboratorio; grazie allo sviluppo di nuove tecnologie negli ultimi anni le attività di queste strutture sono iniziate sulla base di una crescente richiesta delle varie specialità mediche senza un preciso coordinamento e validazione. La nascita spontanea di queste attività, spesso sotto lo stimolo di esigenze di ricerca scientifica, in assenza di un coordinamento regionale, rende difficile anche il solo

censimento delle stesse e la fruizione dei servizi da loro erogati ai fini assistenziali (diagnostici, terapeutici e preventivi).

Peraltro il settore rappresenta per il SSR valore strategico essendo necessario intervenire sia per evitare l'obsolescenza dei nostri processi assistenziali a fronte della vertiginosa affermazione di nuove tecniche ed aree di intervento sia per individuare nicchie di livello appropriato e di dimensioni sostenibili in cui attivare progetti di ricerca e sviluppo anche con l'Università.

Rappresentano indirizzi generali per il triennio di Piano:

- 1) la creazione di un coordinamento regionale delle attività di genetica (nella loro accezione più ampia) per garantirne il coordinamento funzionale, la qualità assistenziale e adeguati ed omogenei supporti alle famiglie; le principali funzioni del nucleo di coordinamento sono:
  - o la definizione dei LEA in ambito genetico;
  - o la definizione delle attività di genetica che, pur non sufficientemente validate per l'inserimento in tali livelli, presentano una validazione clinica avanzata con importanti ricadute assistenziali;
  - o l'identificazione delle competenze specifiche esistenti sul territorio regionale sulla base del loro know-how ed esperienza storica clinico-assistenziale e di ricerca, con offerta di percorsi diagnostico-assistenziali ottimali rendendo lineare ogni singolo percorso e/o processo organizzativo;
  - o la utilizzazione coordinata delle risorse presenti in Regione con riduzione dei costi gestionali evitando duplicazioni;
  - o la individuazione di eventuali carenze ed il conseguente sviluppo delle competenze mancanti;
  - o il coordinamento da un punto di vista tecnico-scientifico e la verifica dei risultati rispetto agli obiettivi indicati dalla programmazione regionale;
  - o la garanzia della rispondenza dei percorsi clinico/diagnostici ai requisiti identificati anche a livello nazionale e internazionale per specifiche patologie genetiche (diagnosi presintomatica, diagnosi ai minori);
  - o il collegamento con i flussi informativi regionali, nazionali, internazionali esistenti;
  - o la gestione delle relazioni tecnico-scientifiche con le altre regioni e con il livello nazionale;
  - o la programmazione nelle linee generali dell'aggiornamento tecnico-scientifico
- 2) organizzazione del Servizio di Genetica Medica regionale;
- 3) la sperimentazione gestionale presso la AO di TR nel campo della neurogenetica e della neurorigenerazione all'interno del quadro funzionale definito dal PSR;
- 4) una ulteriore definizione della tipologia dei Servizi operanti nel settore (Servizi Clinici di Genetica Medica ed Laboratori di Genetica Medica) e delle attività assegnate;
- 5) definire in collegamento con le attività svolte nel campo delle malattie rare funzioni e competenze nel campo della genetica Epidemiologica, verificando in tale quadro il ruolo e l'attività del registro regionale delle malformazioni congenite;
- 6) definire ed attivare il progetto regionale per la ricerca e sviluppo nel campo della genetica clinica, d'intesa con l'Università.



### 8.2.8 Progetto “nutrizione artificiale”

Il piano assume la necessità di attivare anche in Umbria adeguati servizi di nutrizione artificiale, dato il ruolo fondamentale che l'alimentazione e la nutrizione svolgono nell'ambito della terapia e prevenzione di numerose patologie e preso atto del ritardo accumulato nel settore nei confronti di altre realtà regionali.

Tali servizi s'integrano con il modello assistenziale generale in base ai seguenti elementi:

- definizione dei bisogni assistenziali (epidemiologia e tipologie qualitative nel territorio e in ospedale) per individuare gli ambiti appropriati di intervento;
- le finalità/missione del servizio di nutrizione artificiale;
- le risorse investite;
- il modello organizzativo generale proposto a livello della Aziende ospedaliere e locali;
- composizione, competenze e funzioni del team nutrizionale;
- le funzioni del mmg/pls e le loro relazioni con il servizio;
- le funzioni del Servizio farmaceutico per gli aspetti farmaceutici della nutrizione artificiale;
- le procedure di attivazione del Team nutrizionale e le modalità di erogazione degli interventi (presa in carico; integrazione Ospedale /Territorio e con strutture residenziali e semiresidenziali);
- le specificità della nutrizione artificiale in pediatria;
- le modalità per garantire a livello regionale il monitoraggio e l'aggiornamento del progetto.

### 8.2.9 Progetto prevenzione dei danni da incidente stradale

Il progetto è reso necessario dalla situazione relativa ai dati di mortalità, dai conseguenti costi che il SSR deve sostenere per la cura dei danni alla salute conseguenti agli incidenti stradali (invalidità, ricoveri ospedalieri ed accessi al pronto soccorso etc.), da chiare indicazioni di elevato rischio di incidentalità su alcune strade Umbre, e dalla opportunità ormai evidente che anche la Sanità contribuisca, con le azioni che le sono proprie (epidemiologia, prevenzione e informazione/comunicazione), ad una nuova cultura della sicurezza stradale.

Uno schema concettuale utile per affrontare razionalmente il problema degli incidenti stradali è rappresentato dal modello DFPV (Dati – Fattori di rischio – Prevenzione - Valutazione). Il modello guida, messo a punto dall'ISS per il controllo di sistemi complessi, che, partendo dai dati di base (statistiche e sorveglianza), si sviluppa nella direzione dei fattori di rischio, tramite i quali si identificano le possibili azioni di prevenzione, e culmina nel processo di valutazione delle azioni intraprese, che a sua volta si riallaccia alla sorveglianza (dati di base).

In tale ambito i Dipartimenti di Prevenzione, i Dipartimenti di Emergenza ed i Dipartimenti della Riabilitazione delle ASL Umbre, unitamente ai Servizi di Educazione alla Salute, dovranno cimentarsi in nuove progettualità e attività, finalizzate alla prevenzione dei danni da incidente stradale.

Gli obiettivi che ci si pongono nel corso di questo triennio, sono sostanzialmente due:

- A. Migliorare complessivamente l'estensione, la qualità e la confrontabilità della rilevazione del fenomeno in Umbria, aderendo a protocolli di sorveglianza nazionali;
- B. Promuovere una cultura della guida sicura.

Le azioni prioritarie da svolgere nel triennio del PSR riguardano la raccolta di dati epidemiologici/sanitari e lo studio dei fattori di rischio, attraverso:

1. L'attivazione presso l'Assessorato regionale ai Servizi sanitari e Sociali di un gruppo di coordinamento regionale, rappresentativo delle professionalità sanitarie coinvolte nella prevenzione dei danni da incidente stradale e degli altri enti/istituzioni interessati, con l'obiettivo di analizzare in modo sistemico il fenomeno, al fine di avviare azioni preventive integrate;
2. Lo sviluppo di sistemi di sorveglianza sulla morbosità da incidente stradale (ad es. tramite realizzazione di un sistema di monitoraggio degli arrivi al pronto soccorso, per incidente stradale);
3. Lo sviluppo delle attività di sorveglianza relative al corretto uso dei dispositivi di sicurezza casco e cinture (mediante adesione al protocollo del sistema di sorveglianza nazionale Ulisse di territori sufficientemente rappresentativi dell'intero territorio regionale);
4. Lo sviluppo di attività di informazione/comunicazione dei rischi connessi agli incidenti stradali per la popolazione generale e per specifici gruppi a rischio.

**ALLEGATO 1: PROIEZIONI DEMOGRAFICHE AL 2005**

Proiezione della popolazione residente per sesso e grandi classi d'età al 2005

**Totale regione**

Classi di età	2005		
	M	F	MF
0 - 19	77.173	71.034	148.207
20 - 39	110.327	107.737	218.064
40 - 64	141.129	143.332	284.461
65 - 79	64.930	77.533	142.463
80 e oltre	21.009	37.023	58.032
<b>Totale</b>	<b>414.568</b>	<b>436.659</b>	<b>851.227</b>

Ipotesi di lavoro:

- tassi di fecondità (dati ISTAT 1996): ipotizzati in leggera crescita fino al 2005 sulla base dell'andamento riscontrato fino al 2000; stabili per gli anni successivi
- tassi di mortalità (dati ISTAT 1996): ridotti ai valori osservati nel quadriennio successivo
- flussi migratori (calcolati per sesso, classi di età e gruppi di comuni): ipotizzati in ulteriore espansione fino al 2005 secondo

Proiezione della popolazione residente per sesso e grandi classi di età al 2005 – ASL 1

Classi di età	2005		
	M	F	MF
0 - 19	11.153	10.153	21.306
20 - 39	15.623	14.529	30.152
40 - 64	19.834	18.814	38.648
65 - 79	8.775	10.312	19.087
80 e oltre	2.704	4.802	7.506
<b>Totale</b>	<b>58.089</b>	<b>58.610</b>	<b>116.699</b>

Proiezione della popolazione residente per sesso e grandi classi di età al 2005 – ASL2

#### Distretto 1

Classi di età	2005		
	M	F	MF
0 - 19	15.873	15.887	31.760
20 - 39	23.333	24.482	47.815
40 - 64	27.839	31.516	59.355
65 - 79	12.094	14.901	26.995
80 e oltre	3.429	6.756	10.185
<b>Totale</b>	<b>82.568</b>	<b>93.542</b>	<b>176.110</b>

#### Distretto 2

Classi di età	2005		
	M	F	MF
0 - 19	5.086	4.532	9.618
20 - 39	7.415	7.187	14.602
40 - 64	9.296	9.031	18.327
65 - 79	4.141	4.475	8.616
80 e oltre	1.318	1.961	3.279
<b>Totale</b>	<b>27.256</b>	<b>27.186</b>	<b>54.442</b>

#### Distretto 3

Classi di età	2005		
	M	F	MF
0 - 19	5.407	4.571	9.978
20 - 39	7.198	6.688	13.886
40 - 64	9.364	8.857	18.221
65 - 79	4.453	5.031	9.484
80 e oltre	1.531	2.437	3.968
<b>Totale</b>	<b>27.953</b>	<b>27.584</b>	<b>55.537</b>

#### Distretto 4

Classi di età	2005		
	M	F	MF
0 - 19	5.108	4.384	9.492
20 - 39	6.899	6.588	13.487
40 - 64	8.946	9.008	17.954
65 - 79	4.414	5.082	9.496
80 e oltre	1.439	2.432	3.871
<b>Totale</b>	<b>26.806</b>	<b>27.494</b>	<b>54.300</b>

#### Totale USL

Classi di età	2005		
	M	F	MF
0 - 19	31.474	29.374	60.848
20 - 39	44.845	44.945	89.790
40 - 64	55.445	58.412	113.857
65 - 79	25.102	29.489	54.591
80 e oltre	7.717	13.586	21.303
<b>Totale</b>	<b>164.583</b>	<b>175.806</b>	<b>340.389</b>

Proiezione della popolazione residente per sesso e grandi classi di età al 2005 - **ASL 3****Distretto 1**

Classi di età	2005		
	M	F	MF
0 - 19	1.296	1.072	2.368
20 - 39	1.566	1.483	3.049
40 - 64	2.120	1.891	4.011
65 - 79	1.148	1.241	2.389
80 e oltre	466	713	1.179
<b>Totale</b>	<b>6.596</b>	<b>6.400</b>	<b>12.996</b>

**Distretto 2**

Classi di età	2005		
	M	F	MF
0 - 19	1.186	1.211	2.397
20 - 39	1.924	1.848	3.772
40 - 64	2.633	2.471	5.104
65 - 79	1.049	1.377	2.426
80 e oltre	373	740	1.113
<b>Totale</b>	<b>7.165</b>	<b>7.647</b>	<b>14.812</b>

**Distretto 3**

Classi di età	2005		
	M	F	MF
0 - 19	8.033	7.938	15.971
20 - 39	12.198	11.579	23.777
40 - 64	15.833	15.285	31.118
65 - 79	6.982	8.694	15.676
80 e oltre	2.521	4.484	7.005
<b>Totale</b>	<b>45.567</b>	<b>47.980</b>	<b>93.547</b>

**Distretto 4**

Classi di età	2005		
	M	F	MF
0 - 19	4.653	3.695	8.348
20 - 39	6.206	5.917	12.123
40 - 64	8.329	7.962	16.291
65 - 79	3.777	4.479	8.256
80 e oltre	1.358	2.219	3.577
<b>Totale</b>	<b>24.323</b>	<b>24.272</b>	<b>48.595</b>

**Totale USL**

Classi di età	2005		
	M	F	MF
0 - 19	15.168	13.916	29.084
20 - 39	21.894	20.827	42.721
40 - 64	28.915	27.609	56.524
65 - 79	12.956	15.791	28.747
80 e oltre	4.718	8.156	12.874
<b>Totale</b>	<b>83.651</b>	<b>86.299</b>	<b>169.950</b>

Proiezione della popolazione residente per sesso e grandi classi di età al 2005 - ASL 4

**Distretto 1**

Classi di età	2005		
	M	F	MF
0 - 19	11.387	10.675	22.062
20 - 39	16.582	16.384	32.966
40 - 64	21.723	22.627	44.350
65 - 79	9.917	12.320	22.237
80 e oltre	3.195	5.829	9.024
<b>Totale</b>	<b>62.804</b>	<b>67.835</b>	<b>130.639</b>

**Distretto 2**

Classi di età	2005		
	M	F	MF
0 - 19	4.402	3.822	8.224
20 - 39	6.543	6.112	12.655
40 - 64	8.674	8.786	17.460
65 - 79	4.344	4.901	9.245
80 e oltre	1.345	2.337	3.682
<b>Totale</b>	<b>25.308</b>	<b>25.958</b>	<b>51.266</b>

**Distretto 3**

Classi di età	2005		
	M	F	MF
0 - 19	3.589	3.094	6.683
20 - 39	4.840	4.940	9.780
40 - 64	6.538	7.084	13.622
65 - 79	3.836	4.720	8.556
80 e oltre	1.330	2.313	3.643
<b>Totale</b>	<b>20.133</b>	<b>22.151</b>	<b>42.284</b>

**Totale USL**

Classi di età	2005		
	M	F	MF
0 - 19	19.378	17.591	36.969
20 - 39	27.965	27.436	55.401
40 - 64	36.935	38.497	75.432
65 - 79	18.097	21.941	40.038
80 e oltre	5.870	10.479	16.349
<b>Totale</b>	<b>108.245</b>	<b>115.944</b>	<b>224.189</b>

## ALLEGATO 2: LINEE GUIDA PER L'ATTO AZIENDALE

Le linee guida regionali per l'atto aziendale sono improntate dalla progettualità e dall'impianto organizzativo e programmatico sviluppato nel Piano e contengono indicazioni generali alle aziende su:

- La corretta accezione di autonomia aziendale;
- le previsioni legislative proprie dell'atto e relative ai poteri ed ai ruoli delle direzioni aziendali, dei macrolivelli assistenziali, degli organismi consultivi e tecnici, etc;
- le funzioni affidate alle aziende, in quanto concorrenti a definirne sia la natura sostanziale, sia la necessaria diversificazione delle aree di intervento, nonché infine a spingere per l'integrazione dei sistemi gestionali classici con quelli rivolti al governo clinico, indubbiamente un finalità necessaria per l'azienda sanitaria.

Come previsto nel D. Lgs 229/99, l'atto aziendale di natura privatistica che i Direttori Generali sono chiamati ad adottare è sostanzialmente finalizzato a snellire regole e procedure di organizzazione e funzionamento dell'Azienda Sanitaria, nelrispetto degli indirizzi della programmazione sanitaria regionale.

Alla luce di quanto già disposto dalla LR 3/1998 e successive modificazioni, in merito ai principi e criteri generali del Servizio Sanitario Regionale, agli elementi costitutivi dell'assetto organizzativo dell'Azienda sanitaria, i contenuti delle linee di indirizzo per l'atto aziendale si concentrano sui seguenti tre aspetti:

1. sottolineare le principali regole che caratterizzano il contesto entro cui deve svilupparsi l'Azienda Sanitaria. In quanto parte di un Servizio Sanitario regionale e nazionale, l'Azienda è tenuta a realizzare, anche attraverso l'atto aziendale, il massimo grado di flessibilità e dinamicità sotto il profilo della qualità e dell'efficienza dei servizi, nel rispetto delle scelte effettuate dall'ordinamento vigente nel distinguere le attribuzioni dei diversi livelli istituzionali. Immettere il modello aziendale nella gestione ha, infatti, significato disegnare un assetto di governo centrato sui seguenti punti:
  - a. autonomia nell'acquisizione, nell'organizzazione e nella gestione delle risorse come capacità del Direttore Generale di combinare i fattori produttivi a disposizione in funzione dei fini dell'azienda, avvalendosi della responsabile collaborazione e della capacità propositiva delle varie componenti tecnico-professionali, sia singole che collegiali, istituzionalmente previste;
  - b. responsabilità per i risultati sanitari ed economico-finanziari, quale elemento corrispettivo dell'autonomia, attraverso una gestione che si avvale delle informazioni di natura economica nella salvaguardia della qualità e dell'efficacia degli interventi. L'autonomia attiene alla gestione ed è pienamente compatibile con essa una funzione esterna di definizione degli obiettivi e degli indirizzi strategici attribuita alla programmazione regionale e, per le competenze che residuano, in base al titolo V della Costituzione, nazionale.
2. precisare criteri e principi che devono guidare le scelte del Direttore Generale in tema di organizzazione e funzionamento dei servizi dell'Azienda. L'atto aziendale è stato definito anche come atto di autorganizzazione, per sottolineare il notevole margine di autonomia che il medesimo presuppone sia trasferito al Direttore Generale. Anche in questo caso l'autonomia deve esercitarsi entro i limiti delle principali relazioni funzionali che, secondo la vigente programmazione sanitaria, devono intercorrere sia tra le varie componenti aziendali, sia tra queste e il contesto esterno.
3. individuare, in attuazione di quanto previsto dalla LR 3/1998 e successive modificazioni, il profilo e le principali funzioni del Direttore Sanitario, del Direttore Amministrativo, del Servizio Infermieristico e

tecnico, nonché dei soggetti preposti alle articolazioni aziendali, inclusi il Collegio di Direzione e il Consiglio dei Sanitari, come richiesto dal D.Lgs 229/99.

Il Piano, nel definire le relazioni intercorrenti tra gli alti livelli dirigenziali aziendali, completa il disegno delineato dalla LR 3/1998 e successive modificazioni, fornendo così il quadro di riferimento che consente ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie di formulare l'atto aziendale in modo funzionale alle finalità previste dal D.Lgs 229/99.

### **1) I collegamenti col contesto**

L'esplicitazione dei collegamenti col livello regionale del Servizio Sanitario Regionale e col territorio d'appartenza risponde allo scopo di sottolineare la necessità che l'organizzazione e il funzionamento della Azienda, e quindi le sottostanti attribuzioni di responsabilità e predisposizione di strumenti, tengano nel dovuto conto il complesso sistema di relazioni che legano in vario modo l'azienda ai vari livelli del sistema sanitario ed economico-sociale della Regione.

#### *Sviluppare le relazioni sistemiche tra Aziende Sanitarie*

Le principali relazioni col SSR nel suo complesso, cui l'Azienda è tenuta a corrispondere, possono essere richiamate in sintesi come segue.

#### *Ruolo dell'Azienda nel processo di programmazione sanitaria*

Con l'approvazione del PSR, la Regione ha individuato i principali obiettivi di salute e definito la politica dei servizi socio sanitari nel triennio di vigenza. Dalle aziende ci si attende l'attivazione del processo che porterà all'elaborazione dei Piani Attuativi Locali e degli altri strumenti di programmazione attuativa previsti dalla programmazione socio sanitaria regionale e dalla normativa vigente.

#### *Ruolo dell'Azienda nell'ambito della rete regionale dei servizi*

Le risorse aziendali devono essere considerate come funzionali allo sviluppo dell'intero SSR. Così, ad esempio, l'emergenza-urgenza, i servizi emotrasfusionali, i trapianti, ma anche le competenze di natura sanitaria e non sanitaria, che risiedono presso un'Azienda, sono da considerarsi a disposizione dell'intero SSR.

#### *Doveri dell'Azienda verso il SSR*

Ogni Azienda è tenuta, a qualificare le sue strutture, i suoi professionisti, i suoi processi e a tener conto delle preferenze espresse dai propri cittadini ed utenti perché questi costituiscono elementi qualificanti anche per il SSR nel suo insieme. L'Azienda deve garantire la sua affidabilità (accountability) clinica, assistenziale, economica e finanziaria, anche tramite lo sviluppo dei propri sistemi informativi e la soddisfazione del relativo debito nei confronti della Regione, in quanto è chiamata a contribuire all'affidabilità dell'intero SSR. Questo aspetto in particolare è destinato ad accentuarsi nei prossimi anni, in conseguenza della progressiva attuazione del federalismo.

#### *Contributo dell'Azienda al raggiungimento degli obiettivi del SSR*

L'Azienda è chiamata ad attuare le politiche regionali in tema, ad esempio, di formazione e aggiornamento del personale, di attività di ricerca e innovazione, di informazione e comunicazione per i cittadini, di facilitazione dell'accesso ai servizi, di strumenti per il governo clinico.

#### *Implementazione delle politiche regionali di concertazione*

Rientra tra i doveri dell'azienda l'impegno di dare concreta attuazione ai risultati delle concertazioni che la Regione effettua con le varie rappresentanze sindacali, associazioni di categoria, aziende di servizi, rappresentanze dei cittadini, ecc.

#### *L'Azienda come parte della comunità locale*

Relativamente al territorio di riferimento le aziende che insistono sulla medesima area territoriale hanno il dovere di coordinarsi sotto ogni profilo per garantire, alle migliori condizioni, i migliori servizi alla popolazione della stessa area.

Esse devono altresì organizzarsi per ricercare tutte le possibili sinergie con i servizi e le risorse del contesto sociale in cui sono inserite. Ci si riferisce alla necessaria integrazione con i servizi sociali, ai



rapporti col mondo del lavoro e con le imprese, alle politiche degli Enti Locali. In particolare le aziende forniscono il loro supporto tecnico alle Conferenze del Sindaci ed alla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria e concorrono alla realizzazione dei Patti per la Salute, l'innovazione e la sostenibilità e quindi alla realizzazione dei Piani integrati per la salute per la parte di loro competenza.

Integrazione e sinergie vanno in particolare cercate nei confronti dei produttori privati accreditati di servizi sanitari, che devono far parte della rete dei servizi insistenti sullo stesso territorio in un quadro di alleanza strategica disciplinata da omogeneità di regole e contratti di fornitura. L'azienda sanitaria è tenuta a guidare tale processo di integrazione, assicurandosi inoltre che qualsiasi iniziativa di esternalizzazione (outsourcing) di servizi, al di fuori di quelle espressamente riconducibili ad accordi contrattuali con soggetti accreditati o a sperimentazioni gestionali, non riguardi settori rientranti nella mission aziendale.

## **2) Principi e criteri del governo aziendale**

Le scelte che i Direttori Generali dovranno operare, attraverso l'atto aziendale, in tema di attribuzione di autonomia e responsabilità ai vari livelli dell'organizzazione, dovranno tener conto del principio generale che ispira tutta l'impostazione del Piano.

Ci si riferisce sia alla scelta fatta in funzione di un'azienda aperta al confronto con le istanze sociali, che sviluppi capacità di ascolto nei confronti dei propri pazienti, s'impegni nella valorizzazione di un ruolo attivo da parte dei cittadini, promuova e valorizzi il contributo dei professionisti, sia alla scelta fatta a favore di uno spirito di collaborazione tra soggetti, contrastando la tendenza tesa a valorizzare la competizione tra gli stessi.

### *Collaborazione nelle relazioni tra componenti del sistema*

*La collaborazione viene ritenuta un approccio più efficace in campo sanitario*, in quanto la complessità insita negli obiettivi di salute del PSR esige il concorso coordinato di più attori. Essa inoltre è da preferirsi alla competizione, in quanto è ormai largamente assodato che un approccio "di tipo mercantile" al problema risulta inadeguato allo scopo, in quanto più teso ad incrementare la produzione dei servizi che a sviluppare processi di miglioramento della qualità.

Perché sia efficace, la collaborazione implica un assetto organizzativo che renda possibile l'applicazione del principio della contestabilità, vale a dire la predisposizione delle condizioni necessarie al chiaro riconoscimento delle responsabilità e alla eventuale sostituzione dei soggetti che le assumono, con altri in grado di offrire migliori garanzie. Il processo di valutazione, che prelude alla conferma o alla sostituzione, deve essere ispirato a criteri di imparzialità e radicarsi sulle scelte operate dal singolo responsabile.

Tale principio deve applicarsi nei confronti di tutti i livelli di responsabilità legati all'esercizio della funzione di governo aziendale di tipo sia clinico-assistenziale, sia economico-finanziario.

### *Delega ai diversi livelli aziendali*

Da ciò discende l'esigenza di procedere al conferimento di responsabilità nel modo più chiaro possibile e di prevedere procedure funzionali all'applicazione del principio citato. Da questo punto di vista l'utilizzo della delega, in particolare nei confronti della Direzione delle strutture organizzative complesse, appare come lo strumento più rispondente allo scopo, poiché la delega può essere agganciata ad un mandato e ritirata, nel caso di mancato rispetto dei contenuti del medesimo.

Il conferimento di responsabilità tramite la definizione di specifici mandati rappresenta, tra l'altro, un modo concreto per esprimere la natura privatistica dell'atto aziendale, poiché sostituisce a quello esistente un sistema di regole più flessibile.

La delega di specifiche responsabilità ai vari livelli della dirigenza deve associarsi al riconoscimento di corrispondenti gradi di autonomia. Anche quest'ultima componente deve trovare una definizione in termini espliciti, se si vuole che la responsabilità assegnata assuma un valore sostanziale e non semplicemente formale.

### *La funzione di committenza*

Da questo punto di vista, una prima rilevante distinzione va effettuata rispetto alle funzioni di committenza e di produzione. La funzione di committenza è propria delle Aziende territoriali e trae esplicito

mandato dalle istanze della comunità locale veicolate sia attraverso il parere espresso in fase di approvazione del PAL, nonché nel parere relativo alla Relazione annuale di attività di cui all'art 7 della legge 29/2000, e attraverso i Piani integrati per la salute e viene esercitata dalle Aziende territoriali nei confronti di tutti i produttori di servizi sanitari, interni ed esterni all'Azienda, pubblici e privati.

Tale funzione racchiude in sé l'esercizio di quattro sotto-funzioni concettualmente distinte:

1. La prima, già citata, è quella di fungere da tramite tra obiettivi e compiti assegnati all'Azienda dal PSR e dal PAL.
2. La seconda è quella di presiedere alla negoziazione e stipula degli accordi contrattuali con gli erogatori interni ed esterni, in una logica di sistema e di condivisione dei risultati che deve trovare piena corrispondenza anche nelle aziende ospedaliere;
3. La terza è quella di garantire la compatibilità tra il PAL e la disponibilità di risorse finanziarie.
4. La quarta consiste nel monitoraggio, controllo e verifica dei risultati nei confronti di ciascun soggetto erogatore, anche a garanzia dei diritti di cui il cittadino è portatore.

La valenza strategica della funzione di committenza esige che essa sia posta in capo all'alta Direzione aziendale (DG, DS, DA) affiancata al tale fine dai Direttori di Distretto, chiamati a fungere da interfaccia le realtà territoriali ed a governare le prime forme di espressione della domanda di servizi sanitari. L'esercizio di tali sotto-funzioni esige l'utilizzo di competenze e strumenti che possono essere reperiti nell'ambito dell'organizzazione aziendale. Ciò tuttavia non deve avvenire a scapito di una evidente, univoca attribuzione della responsabilità della funzione di committenza.

Essa va tenuta ben distinta, in particolare dalla funzione d'iniziativa, di analisi e qualificazione della domanda, di integrazione socio-sanitaria e di qualificazione della risposta assistenziale, spettante ai Direttori di Dipartimento e di Distretto.

#### *Principi e criteri per il governo economico-finanziario*

Il sistema di finanziamento del Servizio Sanitario Regionale, come qualsiasi altro sistema di finanziamento, ha una funzione strumentale rispetto agli obiettivi generali di politica sanitaria che s'intendono perseguire. Tale strumentalità è tanto più evidente se si considera che nel sistema coesistono due modalità di finanziamento e remunerazione:

- per quota capitaria, dallo Stato alla Regione e dalla Regione alle Aziende, in funzione della popolazione di riferimento e dei Livelli Essenziali di Assistenza attesi;
- per funzioni o servizio erogati e per prestazioni, a livello locale, da parte dell'Azienda ai presidi, interni ed esterni, impegnati nella funzione assistenziale.

L'obiettivo di individuare i LEA secondo criteri di efficacia e di appropriatezza delle prestazioni si propone di definire operativamente il contenuto dell'assistenza posta a carico del servizio pubblico e da garantire uniformemente su tutto il territorio del Paese, rappresentando anche una risposta ai problemi di natura finanziaria. I livelli di assistenza sanitaria individuano, infatti, le garanzie che il Servizio Sanitario pubblico si impegna ad assicurare nei confronti dei cittadini, al fine di realizzare la coerenza tra l'obiettivo generale di tutela della salute e i mezzi finanziari a disposizione.

Le aziende - che hanno il compito di garantire la soddisfazione dei bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria, "pattuiti" nell'ambito del "Piano attuativo locale" - ricevono i finanziamenti necessari per la loro funzione di committenza in rapporto ai livelli di assistenza programmati e alla stima dei relativi costi, distintamente per lo svolgimento delle funzioni necessarie a raggiungere gli obiettivi della programmazione socio-sanitaria regionale:

- iniziative di pertinenza del SSR (prevenzione) e/o da svolgere in concorso con enti locali, istituzioni ed associazioni (promozione);
- analisi e qualificazione della domanda;
- integrazione socio-sanitaria;
- governo clinico della offerta;

L'allocazione delle risorse, all'interno dell'azienda, fa capo alla committenza e avviene in base a piani annuali di attività. Tali piani vengono formulati in funzione degli obiettivi di salute evidenziati nei PAL e nei Piani intergrati per la salute e articolati al fine di garantire la migliore qualità possibile dell'assistenza, tenendo conto delle principali dimensioni specifiche di quest'ultima. Tali dimensioni possono trovare il necessario rispetto solo attraverso un efficace processo d'integrazione (verticale, orizzontale, professionale, settoriale) delle risorse disponibili.

Il responsabile delle funzioni di iniziativa e assistenziali deve garantire la coerenza del piano annuale di attività rispetto ai principi esposti e la compatibilità tra le attività e/o i servizi da assicurare con le risorse necessarie al conseguimento dei risultati.

Le risorse a disposizione delle macrostrutture delle aziende territoriali (Dipartimento di Prevenzione, Distretto, presidio ospedaliero e dipartimenti ospedalieri) sono negoziate nell'ambito degli accordi contrattuali, che vengono definiti dalla committenza da un lato e, per ciascuna macrostruttura, dalla Direzione della medesima.

Il budget complessivo oggetto dell'accordo viene valorizzato in base alle tariffe per prestazione e/o ai costi predeterminati per funzioni assistenziali e per i programmi di attività, con le modalità descritte dal presente PSR.

La scelta, netta, del 229/1999 di far coesistere, all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, la duplice funzione di committenza e di produzione, così come il rifiuto del modello del mercato e della competizione in favore di un modello della concertazione e cooperazione non hanno impedito alle leggi, nazionale e regionale, di individuare le forme di responsabilizzazione delle strutture e dei professionisti, né di introdurre nuovi incentivi all'efficienza.

In tale contesto si colloca l'obbligo di rendicontazione analitica con contabilità separata, all'interno del bilancio, per ogni macrostruttura aziendale e la possibilità di predisporre, da parte del Direttore Generale, analoghi strumenti anche per altre strutture organizzative.

#### *Principi e criteri per il governo clinico-assistenziale*

Lo sviluppo del processo di aziendalizzazione in corso in questi ultimi anni nel SSN si è soprattutto rivolto verso la necessità di liberare l'attività gestionale dai vincoli di natura procedurale della pubblica amministrazione. Il tema dello sviluppo delle autonomie e delle responsabilità, dovrebbe invece costituire la base del sistema delle relazioni delle nuove aziende sanitarie con i soggetti esterni e con le autonomie professionali interne.

Preliminarmente allo sviluppo di un sistema di governo aziendale, cioè delle condizioni, dei meccanismi e degli strumenti di gestione clinica e finanziaria che assicurino che le aziende siano gestite in modo efficiente e trasparente in funzione del pubblico interesse, è necessario sviluppare una cultura e una pratica condivisa del significato di azienda sanitaria e del proprio sistema di governo clinico.

L'attribuzione di specifiche responsabilità gestionali alla componente professionale dell'azienda e la partecipazione dei professionisti all'elaborazione delle strategie aziendali attraverso il Collegio di direzione comportano che tali responsabilità vengano sostenute e chiarite dall'introduzione dei temi della medicina basata sulle evidenze, delle linee guida, dell'autovalutazione periodica, della gestione del rischio e che venga composta la dicotomia tra funzione professionale e funzione gestionale dentro il dipartimento e nel distretto e all'interno delle pratiche professionali delle equipe.

La definizione e la composizione delle autonomie e delle responsabilità all'interno della singola azienda nei confronti del paziente singolo, degli interessi della singola azienda e del sistema regionale delle aziende costituiscono gli elementi fondamentali dell'esercizio dell'atto aziendale verso i temi del governo clinico e assistenziale.

Tali responsabilità sono comunque presenti in ogni decisione, sia essa professionale o gestionale. Le scelte gestionali valutano anche l'impatto assistenziale, le scelte professionali nel singolo caso clinico valutano anche l'impatto gestionale. La pratica di questa assunzione dovrebbe essere in grado di coniugare le due culture prevalenti presenti e a volte contrapposte nelle aziende sanitarie.

Il principio di appropriatezza, sancito dal D. Lgs 229/99, rappresenta da un lato un dovere istituzionale e dall'altro un diritto per il paziente e il professionista. I confini di questo diritto e di questo dovere rappresentano il cuore dei temi del governo clinico nelle aziende sanitarie.

Il governo clinico è quindi l'insieme degli strumenti organizzativi, attraverso i quali le aziende assumono una responsabilità diretta per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e per mantenere elevati livelli di servizio, attraverso la realizzazione delle condizioni necessarie per favorire l'eccellenza. La definizione di precise linee di responsabilità, individuali e collettive, la trasparenza dei risultati clinici ottenuti, presentati anche in forma comparativa, i programmi di miglioramento della qualità, l'audit e la medicina basata sulle evidenze, la pratica della gestione e della comunicazione del rischio, lo sviluppo delle attività di accreditamento professionale rappresentano tali strumenti.

I principi fondamentali che qualificano il governo clinico nelle aziende sanitarie sono quindi, e non potrebbe essere diversamente, la collaborazione multiprofessionale, la responsabilizzazione e la partecipazione degli operatori e degli utenti. Infatti i risultati dell'assistenza sono l'esito finale delle attività di equipe, servizi e relazioni; la condizione per imparare dai propri e dagli altrui errori - un'entità astratta se non viene rapportata alle responsabilità - è la base per costruire quell'apprendimento organizzativo che rappresenta la fase più moderna delle aziende della nuova economia della conoscenza; la partecipazione degli utenti propone per essi un ruolo attivo nella preferenza delle forme di trattamento ed è strettamente legata alla comunicazione in generale e alla comunicazione del rischio in particolare.

Forte attenzione dovrà quindi porsi nell'atto aziendale alla definizione dei compiti, dei luoghi e delle relazioni che faranno da scenario alla pratica operativa del governo clinico: Collegio di direzione, Direzione sanitaria, Distretti, Dipartimenti paiono i luoghi più critici e nodali entro cui definire anche le più volte ricordate dimensioni della qualità, (sicurezza, l'efficacia, l'appropriatezza, il coinvolgimento dei cittadini, l'equità d'accesso, l'efficienza) e i livelli e le modalità di erogazione dei servizi, che potranno contribuire a fare del governo clinico una pratica concreta e alla base delle stesse scelte più generali delle politiche di sviluppo delle aziende sanitarie.

### **3) Le funzioni della dirigenza**

#### *Il Direttore Sanitario*

L'atto aziendale delinea l'azione del Direttore Sanitario, tenendo presente che lo stesso:

- concorre al governo aziendale partecipando al processo di pianificazione strategica e di pianificazione annuale dell'azienda.
- partecipa alla funzione di committenza, anche attraverso l'attribuzione di obiettivi e risorse alle macro-strutture (distretti, presidi ospedalieri e dipartimento di prevenzione).
- esercita la responsabilità in merito all'individuazione ed all'attuazione di percorsi clinico assistenziali -secondo il PSR il Direttore Sanitario è il responsabile del "governo clinico" - che nel quadro delle compatibilità finanziarie, siano ritenuti più efficaci ed appropriati per l'intervento mirato su specifiche patologie o su specifici gruppi di popolazione.

Nell'ambito di tali percorsi il Direttore Sanitario è responsabile complessivo da un lato della qualità e dell'efficienza tecnica ed operativa della produzione di prestazioni (linee verticali), che può essere esercitata anche con delega ai direttori di Presidio e di Distretto, dall'altro della distribuzione dei servizi, - attraverso l'integrazione dei singoli prodotti in servizi o in programmi di assistenza - orientati al singolo ed alla collettività (linee orizzontali).

Nell'ambito di una visione organica delle competenze attribuibili al Direttore Sanitario, la realizzazione dei tre punti elencati deve avvenire in maniera sinergica e fortemente integrata. In particolare per quanto riguarda la realizzazione del punto c) vanno definite con precisione le relazioni tra il Direttore Sanitario e gli altri attori interessati alla realizzazione dei percorsi.

Sotto l'aspetto più propriamente orientato alla produzione (linee verticali) gli interlocutori privilegiati del Direttore Sanitario sono, per quanto riguarda l'assistenza primaria i direttori di distretto e in prospettiva i coordinatori delle equipe territoriali e per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, i Direttori di Dipartimento; sia per l'assistenza primaria che per l'assistenza specialistica ed ospedaliera, il dirigente sanitario del SITRO di cui all'art. 9 della legge 3/98 ed alla L. 251/2000..

Per quanto attiene invece agli aspetti organizzativi e gestionali e a quelli orientati all'integrazione, gli interlocutori sono rappresentati dai Direttori delle macro strutture di base (distretti, presidio ospedaliero, dipartimento di prevenzione).

Il Direttore Sanitario individua all'interno dell'Azienda le competenze e le relative responsabilità tecnico-professionali di supporto per l'acquisizione dei beni e dei servizi direttamente connessi all'assistenza.

#### *Il Direttore Amministrativo*

L'atto aziendale delinea l'azione del Direttore Amministrativo, tenendo presente che lo stesso:

- concorre al governo aziendale, partecipando al processo di pianificazione strategica e di pianificazione annuale dell'azienda;
- partecipa alla funzione di committenza;
- coadiuva il Direttore Generale nella definizione e direzione del sistema di governo economico-finanziario aziendale;
- assicura il corretto assolvimento delle funzioni di supporto tecnico, amministrativo, logistico.

Il Direttore Amministrativo supporta, in posizione di fornitore di servizi, tutte le strutture organizzative aziendali, con particolare riguardo a quelle aventi quale fine primario l'erogazione dell'assistenza, attraverso il coordinamento e l'integrazione delle unità organizzative di tipo tecnico-amministrativo. Assicura la legittimità degli atti. Definisce gli orientamenti operativi delle strutture assegnate al governo economico-finanziario aziendale, sviluppandone le competenze mediante la costante ricerca della qualità dei processi e della innovazione dei sistemi di gestione, allo scopo di perseguire i migliori risultati in termini di efficienza, appropriatezza organizzativa nell'uso delle risorse.

Cura la messa a disposizione, attraverso le idonee strutture tecniche e professionali, delle informazioni di base necessarie a valutare la compatibilità e la congruenza tra piani di attività (finalizzati agli obiettivi di salute e definiti in relazione alla loro qualità assistenziale) e risorse richieste.

Assicura la correttezza, completezza e trasparenza dei processi di formazione dei documenti rappresentativi delle dinamiche economiche, finanziarie e patrimoniali dell'azienda. Garantisce lo sviluppo e l'implementazione delle reti che presiedono al sistema informativo di supporto alle attività decisionali proprie dei diversi livelli del governo aziendale.

#### *Il Direttore di Presidio ospedaliero*

L'atto aziendale disciplina il ruolo e la funzione del Direttore del Presidio ospedaliero, quale:

- garante, da un punto di vista strettamente organizzativo e gestionale, dell'erogazione integrata delle prestazioni sanitarie ospedaliere;
- responsabile, all'interno del Presidio ospedaliero, della corretta organizzazione ed esecuzione dei programmi assistenziali orizzontali, frutto dell'integrazione delle linee verticali responsabili della produzione delle singole prestazioni;
- responsabile del rispetto dei requisiti previsti per l'accreditamento delle strutture e dei professionisti che operano negli ospedali, nonché più in particolare delle condizioni relative alla sicurezza .

A seconda del grado di sviluppo acquisito dall'organizzazione dipartimentale all'interno dell'ospedale, le funzioni del Direttore di Presidio sono modulate nella gamma che va dalle responsabilità complessive riguardo le linee produttive a quelle concernenti l'integrazione dei percorsi clinico-assistenziali. E' da attendersi che il progressivo consolidamento della nuova organizzazione ospedaliera ne sposti progressivamente il ruolo verso attività di coordinamento e di raccordo interdipartimentale, in coerenza con le linee disegnate dal PSR.

Nell'Azienda ospedaliera il Direttore di Presidio, se previsto, coadiuva il Direttore Sanitario.

#### *Il Direttore di Dipartimento*

L'atto aziendale disciplina il ruolo e la funzione di Direttore del Dipartimento, quale:

- garante del corretto utilizzo dei metodi e degli strumenti del governo clinico (medicina basata sulle evidenze, audit clinico, gestione e comunicazione del rischio, linee guida, percorsi intradipartimentali accreditamento, formazione, etc.). In questo senso rappresenta l'interlocutore privilegiato del Direttore Sanitario per ciò che attiene gli aspetti clinici.
- responsabile della gestione appropriata delle risorse assegnate per raggiungere gli obiettivi definiti dagli strumenti della programmazione aziendale, in ciò rappresentando l'interfaccia tra governo aziendale e governo clinico, quest'ultima direttamente e operativamente praticata, nell'ambito degli indirizzi definiti dal Dipartimento, dai dirigenti delle unità operative, dei moduli e dei programmi.

In coerenza con i regolamenti che disciplinano le funzioni dipartimentali, si dovrà prevedere, nell'ambito del dipartimento, l'attività di autovalutazione e di valutazione dei professionisti, dei processi assistenziali e dei programmi di attività orizzontali intra-dipartimentali, per favorire la collaborazione interprofessionale ed il coordinamento organizzativo fra unità operative autonome.

Da questo punto di visuale, i riferimenti prima forniti in materia di "principi e criteri per il governo clinico-assistenziale" si colloca principalmente all'interno del Dipartimento, facendone il "luogo" cardine per la valutazione comparativa tra obiettivi e risultati dell'assistenza erogata.

#### *Il Servizio Infermieristico, Tecnico sanitario, Riabilitativo e Ostetrico*

L'atto aziendale disciplina ruolo e funzioni del Servizio Infermieristico Tecnico sanitario, Riabilitativo e Ostetrico (SITRO) ai sensi della legge 3/98 e della legge 10 agosto 2000 n. 251, dove questo rappresenta:

- a) sul piano organizzativo una struttura di staff che fornisce indicazioni tecniche ai diversi livelli dell'azienda per i bisogni conoscitivi specifici:
  - al DG per il budget e le previsioni di spesa;
  - al DS per il supporto al governo clinico, nei cui confronti, su delega del DS, ha la responsabilità del governo clinico assistenziale per quanto riguarda il processo di nursing nell'ambito dei programmi di assistenza, orientati al singolo ed alla collettività;
  - ai direttori di distretto, di presidio e di dipartimento per analizzare l'appropriatezza nei rispettivi ambiti assistenziali;
  - ai mmg e pls ed ai responsabili dei centri di salute per le interazioni con le equipe in materia di appropriatezza assistenziale.
- a) sul piano assistenziale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica, tecnico sanitaria, riabilitativa, ostetrica.

Il SITRO assicura la qualità e l'efficienza tecnica ed operativa delle attività assistenziali erogate nell'ambito della prevenzione, della cura e della riabilitazione, sulla base delle funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali, nonché dagli specifici codici deontologici.

Il SITRO può essere organizzato su base dipartimentale.

Il Dirigente sanitario responsabile del SITRO aziendale garantisce, in quanto funzione della direzione aziendale, lo sviluppo dei processi e dei programmi di competenza e la definizione, la direzione e la valutazione del sistema di governo dell'assistenza infermieristica generale e specialistica di natura preventiva, curativa, palliativa, nonché dell'assistenza tecnico-sanitaria, riabilitativa ed ostetrica. A tal fine si avvale, per le parti di rispettiva competenza, dei responsabili di assistenza infermieristica, tecnico sanitaria, riabilitativa ed ostetrica delle macrostrutture organizzative aziendali.

La complessità organizzativa delle macrostrutture, quali i Distretti e i Presidi Ospedalieri, può richiedere una articolazione del SITRO distrettuale e/o di Presidio con responsabilità specifiche e con funzioni di pianificazione organizzativa e di direzione delle attività assistenziali.

A livello dipartimentale, ospedaliero e territoriale, l'organizzazione dell'assistenza infermieristica, tecnico sanitaria, riabilitativa ed ostetrica non può essere rigidamente strutturata in modo omogeneo alle funzioni mediche, ma deve piuttosto essere articolata secondo le funzioni assistenziali, che - a partire dall'esempio fornito dal nursing - sono rese utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi

dell'assistenza, basate sulle evidenze scientifiche (es.: EBN). Pertanto nell'ambito dei dipartimenti e della responsabilità complessiva del Direttore dei medesimi, ed in coerenza con le indicazioni del SITRO (come peraltro previsto dalla legge 251/00) è da prevedersi la diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica, tecnica, riabilitativa e ostetrica e delle connesse funzioni al fine di:

- erogare adeguati livelli di assistenza infermieristica, tecnico sanitaria, riabilitativa ed ostetrica necessari per le funzioni di base e specialistiche;
- predisporre modelli organizzativo-assistenziali che facilitino l'integrazione inter e intra professionale e la continuità assistenziale;
- valutare processi assistenziali specifici;
- realizzare programmi di formazione specifica.

#### *Il Collegio di Direzione*

E' composto dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo, da almeno un mmg coordinatore di equipe territoriale scelto per ogni distretto dal direttore dello stesso distretto, da un medico della continuità assistenziale scelto dal Direttore sanitario, dai direttori di distretto, presidio, di dipartimento, dal dirigente sanitario responsabile del SITRO, dal coordinatore sociale di cui all'art. 3-septies del D.Lgs. 30.12.1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni e da un dirigente sanitario biologo, farmacista, psicologo e veterinario, qualora non rappresentati nelle posizioni dirigenziali già menzionate.

E' presieduto dal Direttore Generale.

Costituisce il luogo della promozione, del confronto e del coordinamento delle strategie complessive del governo clinico.

Supporta, con attività di proposta e consultive, il Direttore Generale per il governo delle attività cliniche, per la programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e delle attività ad alta integrazione sanitaria, per l'elaborazione dei piani di attività dell'azienda, per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, per l'utilizzo delle risorse umane.

Formula, su delega del Direttore Generale, i piani annuali e pluriennali relativi ai fabbisogni formativi e d'aggiornamento aziendali.

Concorre alla predisposizione delle soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici.

E' convocato dal Direttore Generale con la frequenza e le modalità necessarie all'espletamento delle funzioni attribuite, e comunque almeno una volta per semestre.

#### *Il Consiglio dei Sanitari*

E' composto, in via elettiva, dalle professionalità di carattere sanitario dell'azienda, è regolamentato secondo le disposizioni di cui all'art. 3, comma 12, del D.Lgs. 502/1992, ed è integrato nella composizione di diritto dal Dirigente sanitario del SITRO.

E' presieduto dal Direttore Sanitario.

Fornisce parere obbligatorio non vincolante per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo e per gli investimenti ad esse attinenti.

#### *Il Direttore di Distretto, il Direttore di Dipartimento di Prevenzione, il Coordinatore sociale.*

L'atto aziendale, nel disciplinare ruolo e funzioni del Direttore di Distretto e del Direttore del Dipartimento di Sanità pubblica deve attenersi a quanto previsto dalla normativa regionale.

L'atto aziendale, nel caso di funzioni sociali delegate dai Comuni, dovrà individuare le responsabilità specificatamente preposte alla gestione delle stesse, in ambito distrettuale.

**ALLEGATO 3: POSTI LETTO PER LE ATTIVITÀ DI CHIRURGIA.**

## REGIONE UMBRIA - ISTITUTI PUBBLICI

TAB A-1: POSTI LETTO AREA CHIRURGICA

OSPEDALE	RICOVERI CHIRURGICI	RICOVERI TRASFERIBILI (indice trasferimento 100%)	DEGENZA ORDINARIA		DAY-SURGERY	
			FABBISOGNO POSTI LETTO	POSTI LETTO ATTIVATI AL 31/12/2001	FABBISOGNO POSTI LETTO (I.O. 70%)	POSTI LETTO ATTIVATI AL 31/12/2001
C. Castello	3.613	1.345	62	88	6	14
Umbertide	1.121	960	16	23	4	4
Gubbio	2.722	1.661	32	56*	8	13
C.Lago	1.330	942	14	28	4	8
C. Pieve	881	708	11	18	3	7
Assisi	1.801	1.084	24	36	5	4
Marsciano	1.326	715	21	34	3	6
Todi	1.487	1.027	20	30	5	6
Foligno	7.926	5.001	104	90	23	24
Gualdo T.	1.145	813	13	16	4	6
Spoletto	3.677	2.299	41	86	11	12
Norcia	128	64	2	5	0	4
Cascia	81	32	2	4	0	5
Orvieto	2.506	1.117	53	81*	5	10
Narni	2.207	1.064	39	59*	5	3
Amelia	634	384	12	22*	2	2
Monteluce	11.936	6.278	210	213*	29	29
Silvestrini	6.171	1.984	153	114*	9	2
Terni	12.620	7.261	290	299	34	31
<b>TOTALE</b>	<b>63.312</b>	<b>34.739</b>	<b>1.119</b>	<b>1.302</b>	<b>161</b>	<b>190</b>



**TAB. B-1: STIMA DEL FABBISOGNO DI POSTI LETTO PER PRESIDIO - RICOVERI ORDINARI E DAY-SURGERY - (T.U. 80%)**

OSPEDALE	RICOVERI CHIRURGICI	RICOVERI TRASFERIBILI (indice trasferimento 100%)	RICOVERI TRASFERIBILI (indice trasferimento 80%)	RICOVERI CHIRURGICI ORDINARI APPROPRIATI	DEGENZA MEDIA	GIORNATE DI DEGENZA ORDINARIE APPROPRIATE	GIORNATE DI DEGENZA DISPONIBILI PER RICOVERI CHIRURGICI (T.U. 80%)	FABBISOGNO POSTI LETTO	
								RICOVERI ORDINARI (I.O. 70%)	DAY-SURGERY (I.O. 70%)
Città di Castello	3.613	1.345	1.076	2.537	5,0	12.685	15.856	62	6
Umbertide	1.121	960	768	353	9,3	3.283	4.104	16	4
Gubbio	2.722	1.661	1.329	1.393	4,7	6.548	8.185	32	8
Castiglione del Lago	1.330	942	754	576	4,9	2.824	3.530	14	4
Città della Pieve	881	708	566	315	7,0	2.202	2.753	11	3
Assisi	1.801	1.084	867	934	5,3	4.949	6.186	24	5
Marsciano	1.326	715	572	754	5,7	4.298	5.372	21	3
Todi	1.487	1.027	822	665	6,2	4.125	5.157	20	5
Foligno	7.926	5.001	4.001	3.925	5,4	21.196	26.495	104	23
Gualdo Tadino	1.145	813	650	495	5,2	2.572	3.215	13	4
Spoletto	3.677	2.299	1.839	1.838	4,5	8.270	10.338	41	11
Norcia	128	64	51	77	5,3	407	509	2	0
Cascia	81	32	26	55	5,9	327	409	2	0
Orvieto	2.506	1.117	894	1.612	6,7	10.803	13.504	53	5
Nami	2.207	1.064	851	1.356	5,9	7.999	9.999	39	5
Amelia	634	384	307	327	7,5	2.451	3.064	12	2
Monteluce	11.936	6.278	5.022	6.914	6,2	42.864	53.580	210	29
Silvestrini	6.171	1.984	1.587	4.584	6,8	31.170	38.962	153	9
Terni	12.620	7.261	5.809	6.811	8,7	59.257	74.072	290	34
<b>TOTALE</b>	<b>63.312</b>	<b>34.739</b>	<b>27.791</b>	<b>35.521</b>		<b>228.232</b>	<b>285.290</b>	<b>1.118</b>	<b>161</b>

Tasso di utilizzo  
80%  
Indice di trasferimento 80%  
Indice di operatività 70%

## ORTOPEDIA - CASE DI CURA PRIVATE

TAB. D-2: STIMA DEL FABBISOGNO DI POSTI LETTO - RICOVERI ORDINARI E DAY-SURGERY - (T.U. 80%)

OSPEDALE	RICOVERI CHIRURGICI	RICOVERI TRASFERIBILI (indice trasferimento 100%)	RICOVERI TRASFERIBILI (indice trasferimento 80%)	RICOVERI CHIRURGICI ORDINARI APPROPRIATI	DEGENZA MEDIA	GIORNATE DI DEGENZA ORDINARIE APPROPRIATE	GIORNATE DI DEGENZA DISPONIBILI PER RICOVERI CHIRURGICI (T.U. 80%)	FABBISOGNO POSTI LETTO	
								RICOVERI ORDINARI (I.O. 70%)	DAY-SURGERY (I.O. 70%)
VILLA FIORITA	387	117	94	293	5,7	1.672	2.090	8	1
PORTA SOLE	1.100	630	504	596	4,5	2.682	3.353	13	3
M. DEGLI ANGELI	1.247	557	446	801	6,6	5.289	6.612	26	3
LIOTTI	487	261	209	278	7,7	2.142	2.678	10	1
VILLA AURORA	3	3	2	1	1,7	1	1	0	0
<b>TOTALE</b>	<b>3.224</b>	<b>1.568</b>	<b>1.254</b>	<b>1.970</b>		<b>11.787</b>	<b>14.733</b>	<b>58</b>	<b>8</b>

Tasso di utilizzo 80%  
Indice di trasferimento 80%  
Indice di operatività 70%

**ORTOPEDIA - ISTITUTI PUBBLICI****TAB. D-1: STIMA DEL FABBISOGNO DI POSTI LETTO - RICOVERI ORDINARI E DAY-SURGERY - (T.U. 80%)**

OSPEDALE	RICOVERI CHIRURGICI	RICOVERI TRASFERIBILI (indice trasferimento 100%)	RICOVERI TRASFERIBILI (indice trasferimento 80%)	RICOVERI CHIRURGICI ORDINARI APPROPRIATI	DEGENZA MEDIA	GIORNATE DI DEGENZA ORDINARIE APPROPRIATE	GIORNATE DI DEGENZA DISPONIBILI PER RICOVERI CHIRURGICI (T.U. 80%)	FABBISOGNO POSTI LETTI	
								RICOVERI ORDINARI (I.O. 70%)	DAY- SURGERY (I.O. 70%)
Città di Castello	783	136	109	674	5,0	3.371	4.214	17	1
Gubbio	641	271	217	424	5,0	2.121	2.651	10	1
Foligno	1.361	662	530	831	5,0	4.157	5.196	20	3
Spoletto	793	357	286	507	4,9	2.486	3.108	12	2
Orvieto	866	239	191	675	7,4	4.994	6.242	24	1
Narni	750	232	186	564	7,2	4.064	5.080	20	1
Monteluce	1.663	1.003	802	861	5,9	5.078	6.347	25	5
Silvestrini	1.678	698	558	1.120	2,9	3.247	4.059	16	3
Terni - 3601	1.172	588	470	702	8,9	6.244	7.805	31	3
Terni - 3602	977	431	345	632	4,6	2.908	3.635	14	2
<b>TOTALE</b>	<b>10.684</b>	<b>4.617</b>	<b>3.694</b>	<b>6.990</b>		<b>38.669</b>	<b>48.337</b>	<b>189</b>	<b>13</b>

Tasso di utilizzo 80%

Indice di trasferimento 80%

Indice di operatività 70%

**CHIRURGIA GENERALE - CASE DI CURA PRIVATE****TAB. C-2: STIMA DEL FABBISOGNO DI POSTI LETTO - RICOVERI ORDINARI E DAY-SURGERY - (T.U. 80%)**

OSPEDALE	RICOVERI CHIRURGICI	RICOVERI TRASFERIBILI (indice trasferimento 100%)	RICOVERI TRASFERIBILI (indice trasferimento 80%)	RICOVERI CHIRURGICI ORDINARI APPROPRIATI	DEGENZA MEDIA	GIORNATE DI DEGENZA ORDINARIE APPROPRIATE	GIORNATE DI DEGENZA DISPONIBILI PER RICOVERI CHIRURGICI (T.U. 80%)	FABBISOGNO POSTI LETTO	
								RICOVERI ORDINARI (I.O. 70%)	DAY-SURGERY (I.O. 70%)
PORTA SOLE	946	862	690	256	1,8	462	577	2	4
LIOTTI	435	319	255	180	8,7	1.564	1.955	8	1
VILLA AURORA	11	6	5	6	1,9	12	15	0	0
<b>TOTALE</b>	<b>1.392</b>	<b>1.187</b>	<b>950</b>	<b>442</b>		<b>2.038</b>	<b>2.547</b>	<b>10</b>	<b>5</b>

Tasso di utilizzo 80%, Indice di trasferimento 80%, Indice di operatività 70%

## CHIRURGIA GENERALE - ISTITUTI PUBBLICI

TAB. C-1: STIMA DEL FABBISOGNO DI POSTI LETTO - RICOVERI ORDINARI E DAY-SURGERY - (T.U. 80%, I.T. 80%, I.O. 70%)

OSPEDALE	RICOVERI CHIRURGICI	RICOVERI TRASFERITI BILI (indice trasferimenti o 100%)	RICOVERI TRASFERITI BILI (indice trasferimenti o 80%)	RICOVERI CHIRURGICI ORDINARI APPROPRIATI	DEGENZA MEDIA	DEGENZA ORDINARIA E APPROPRIATE	GIORNATE DI DEGENZA DISPONIBILI PER RICOVERI CHIRURGICI (T.U. 80%)	FABBISOGNO POSTI LETTO	
								RICOVERI ORDINARI (I.O. 70%)	DAY- SURGERY (I.O. 70%)
Città di Castello	1.133	356	285	848	5,7	4.835	6.043	24	2
Umbertide	1.113	956	765	348	5,8	2.020	2.524	10	4
Gubbio	839	543	434	405	4,8	1.942	2.428	10	3
Castiglione del Lago	743	562	450	293	4,1	1.203	1.504	6	3
Città della Pieve	789	621	497	292	6,0	1.753	2.192	9	3
Assisi	675	443	354	321	6,8	2.180	2.725	11	2
Marsciano	798	404	323	475	8,4	3.988	4.985	20	2
Todi	1.283	830	664	619	6,0	3.714	4.643	18	4
Foligno - 0901/0902	1.571	916	733	838	7,4	6.203	7.753	30	4
Foligno - 4301	1.303	870	696	607	3,8	2.307	2.883	11	4
Gualdo Tadino	534	301	241	293	6,2	1.818	2.272	9	1
Spoletto - 0901/0902	1.053	553	442	611	5,5	3.328	4.160	16	3
Norcia	128	64	51	77	4,7	361	451	2	0
Cascia	80	31	25	55	5,1	282	352	1	0
Orvieto - 0901	901	509	407	494	8,9	4.395	5.494	22	2
Orvieto - 4301	196	65	52	144	7,5	1.080	1.350	5	0
Narni	469	304	243	226	6,1	1.377	1.722	7	1
Amelia	586	360	288	298	6,1	1.818	2.272	9	2
Monteluce - 0901	355	102	82	273	8,4	2.297	2.871	11	0
Monteluce - 0902	889	225	180	709	4,4	3.120	3.900	15	1
Monteluce - 0904	775	429	343	432	6,1	2.634	3.292	13	2
Monteluce - 4301	735	375	300	435	6,7	2.915	3.643	14	2
Monteluce - 1401	782	66	53	729	7,6	5.542	6.927	27	0
Silvestrini	1.874	753	602	1.272	7,2	9.156	11.444	45	3
Terni - 0901	1.220	487	390	830	11,7	9.716	12.145	48	2
Terni - 0902	1.327	693	554	773	10,4	8.035	10.044	39	3
Terni - 0903	1.090	679	543	547	10,9	5.960	7.450	29	3
Terni - 0905**	24	7	6	18	10,9	201	251	1	0
Terni - 4301	1.559	1.160	928	631	10,0	6.310	7.888	31	5
<b>TOTALE</b>	<b>24.824</b>	<b>13.664</b>	<b>10.931</b>	<b>13.893</b>		<b>100.486</b>	<b>125.607</b>	<b>492</b>	<b>63</b>

\*\* La Chirurgia Endocrina ha iniziato l'attività nel dicembre 2000

## OSTETRICIA E GINECOLOGIA - CASE DI CURA PRIVATE

**TAB. G-2: STIMA DEL FABBISOGNO DI POSTI LETTO - RICOVERI ORDINARI E DAY-SURGERY - (T.U. 80%)**

OSPEDALE	RICOVERI CHIRURGICI	RICOVERI TRASFERIBILI (indice trasferimento 100%)	RICOVERI TRASFERIBILI (indice trasferimento 80%)	RICOVERI CHIRURGICI ORDINARI APPROPRIATI	DEGENZA MEDIA	GIORNATE DI DEGENZA ORDINARIE APPROPRIATE	GIORNATE DI DEGENZA DISPONIBILI PER RICOVERI CHIRURGICI (T.U. 80%)	FABBISOGNO POSTI LETTO	
								RICOVERI ORDINARI (I.O. 70%)	DAY-SURGERY (I.O. 70%)
PORTA SOLE	59	6	5	54	3,0	161	201	1	0
VILLA AURORA	1	-	-	1	6,0	6	8	0	0
<b>TOTALE</b>	<b>60</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>55</b>		<b>167</b>	<b>209</b>	<b>1</b>	<b>-</b>

Tasso di utilizzo 80%

Indice di trasferimento 90%

Indice di operatività 40%

## OSTETRICIA E GINECOLOGIA - ISTITUTI PUBBLICI

**TAB. G-1: STIMA DEL FABBISOGNO DI POSTI LETTO - RICOVERI ORDINARI E DAY-SURGERY - (T.U. 80%)**

OSPEDALE	RICOVERI CHIRURGICI	RICOVERI TRASFERIBILI (indice trasferimento 100%)	RICOVERI TRASFERIBILI (indice trasferimento 80%)	RICOVERI CHIRURGICI ORDINARI APPROPRIATI	DEGENZA MEDIA	GIORNATE DI DEGENZA ORDINARIE APPROPRIATE	GIORNATE DI DEGENZA DISPONIBILI PER RICOVERI CHIRURGICI (T.U. 80%)	FABBISOGNO POSTI LETTO	
								RICOVERI ORDINARI (I.O. 70%)	DAY-SURGERY (I.O. 70%)
Città di Castello	751	231	208	543	4,2	2.281	2.851	20	1
Gubbio	412	234	211	201	4,7	947	1.183	8	1
Castiglione del Lago	484	278	250	234	4,4	1.029	1.286	9	1
Città della Pieve	70	70	63	7	0,0	-	-	-	0
Assisi	1.048	582	524	524	4,0	2.097	2.621	18	3
Marsciano	373	187	168	205	4,4	901	1.126	8	1
Todi	196	192	173	23	4,3	100	125	1	1
Foligno	1.378	771	694	684	5,5	3.763	4.703	32	4
Gualdo Tadino	58	58	52	6	0,0	-	-	-	0
Spoletto	687	338	304	383	4,6	1.761	2.201	15	2
Orvieto	425	245	221	205	4,0	818	1.023	7	1
Narni	892	459	413	479	4,5	2.155	2.694	18	2
Amelia	1	1	1	-	0,0	-	-	-	0
Monteluce - 3701	609	262	236	373	3,9	1.455	1.819	12	1
Monteluce - 3702	1.976	1.368	1.231	745	3,9	2.905	3.631	25	6
Terni - 3701	1.086	355	320	767	4,4	3.373	4.216	29	2
Terni- 3702	3	1	1	2	4,0	8	11	0	0
<b>TOTALE</b>	<b>10.449</b>	<b>5.632</b>	<b>5.069</b>	<b>5.380</b>		<b>23.591</b>	<b>29.489</b>	<b>202</b>	<b>26</b>

Tasso di utilizzo 80% - Indice di trasferimento 90% - Indice di operatività 40%

**REGIONE UMBRIA - CASE DI CURA PRIVATE****TAB. B-2: STIMA DEL FABBISOGNO DI POSTI LETTO PER PRESIDIO - RICOVERI ORDINARI E DAY-SURGERY - (T.U. 80%)**

OSPEDALE	RICOVERI CHIRURGICI	RICOVERI TRASFERIBILI (indice trasferimento 100%)	RICOVERI TRASFERIBILI (indice trasferimento 80%)	RICOVERI CHIRURGICI ORDINARI APPROPRIATI	DEGENZA MEDIA	GIORNATE DI DEGENZA ORDINARIE APPROPRIATE	GIORNATE DI DEGENZA DISPONIBILI PER RICOVERI CHIRURGICI (T.U. 80%)	FABBISOGNO POSTI LETTO	
								RICOVERI ORDINARI (I.O. 70%)	DAY-SURGERY (I.O. 70%)
VILLA FIORITA	412	140	112	300	5,3	1.590	1.988	8	1
PORTA SOLE	2.109	1.499	1.199	910	4,0	3.639	4.549	18	7
M. DEGLI ANGELI	1.248	557	446	802	7,1	5.697	7.121	28	3
LIOTTI	2.724	2.292	1.834	890	6,5	5.788	7.235	28	11
VILLA AURORA	34	26	21	13	1,8	24	30	0	-
<b>TOTALE</b>	<b>6.527</b>	<b>4.514</b>	<b>3.611</b>	<b>2.916</b>		<b>16.738</b>	<b>20.922</b>	<b>82</b>	<b>22</b>

Tasso di utilizzo 80%

Indice di trasferimento 80%

Indice di operatività 70%



**OCULISTICA - CASE DI CURA PRIVATE****TAB. E-2: STIMA DEL FABBISOGNO DI POSTI LETTO - RICOVERI ORDINARI E DAY-SURGERY - (T.U. 80%)**

OSPEDALE	RICOVERI CHIRURGICI	RICOVERI TRASFERIBILI (indice trasferimento 100%)	RICOVERI TRASFERIBILI (indice trasferimento 80%)	RICOVERI CHIRURGICI ORDINARI APPROPRIATI	DEGENZA MEDIA	GIORNATE DI DEGENZA ORDINARIE APPROPRIATE	GIORNATE DI DEGENZA DISPONIBILI PER RICOVERI CHIRURGICI (T.U. 80%)	FABBISOGNO POSTI LETTO	
								RICOVERI ORDINARI (I.O. 70%)	DAY-SURGERY (I.O. 70%)
VILLA FIORITA	25	23	22	3	1,8	6	7	0	-
LIOTTI	1.692	1.626	1.545	147	1,5	221	276	2	8
VILLA AURORA	19	17	16	3	1,3	4	5	0	-
<b>TOTALE</b>	<b>1.736</b>	<b>1.666</b>	<b>1.583</b>	<b>153</b>		<b>230</b>	<b>288</b>	<b>2</b>	<b>8</b>

Tasso di utilizzo 80%

Indice di trasferimento 95%

Indice di operatività 50%

**OCULISTICA - ISTITUTI PUBBLICI****TAB. E-1: STIMA DEL FABBISOGNO DI POSTI LETTO - RICOVERI ORDINARI E DAY-SURGERY - (T.U. 80%)**

OSPEDALE	RICOVERI CHIRURGICI	RICOVERI TRASFERIBILI (indice trasferimento 100%)	RICOVERI TRASFERIBILI (indice trasferimento 80%)	RICOVERI CHIRURGICI ORDINARI APPROPRIATI	DEGENZA MEDIA	GIORNATE DI DEGENZA ORDINARIE APPROPRIATE	GIORNATE DI DEGENZA DISPONIBILI PER RICOVERI CHIRURGICI (T.U. 80%)	FABBISOGNO POSTI LETTO	
								RICOVERI ORDINARI (I.O. 70%)	DAY- SURGERY (I.O. 70%)
Città di Castello	429	380	361	68	2,1	143	179	1	2
Gubbio	284	163	155	129	1,0	129	161	1	1
Foligno	1.367	1.238	1.176	191	2,1	401	501	3	6
Spoletto	1.088	1.026	975	113	1,7	193	241	1	5
Monteluce	1.684	1.421	1.350	334	2,4	802	1.002	5	7
Terni	2.044	1.982	1.883	161	7,0	1.128	1.410	8	9
<b>TOTALE</b>	<b>6.896</b>	<b>6.210</b>	<b>5.900</b>	<b>997</b>		<b>2.795</b>	<b>3.494</b>	<b>19</b>	<b>30</b>

Tasso di utilizzo 80%

Indice di trasferimento

95%

Indice di operatività 50%

**OTORINOLARINGOIATRA - CASE DI CURA PRIVATE****TAB. F-2: STIMA DEL FABBISOGNO DI POSTI LETTO - RICOVERI ORDINARI E DAY-SURGERY - (T.U. 80%)**

OSPEDALE	RICOVERI CHIRURGICI	RICOVERI TRASFERIBILI (indice trasferimento 100%)	RICOVERI TRASFERIBILI (indice trasferimento 80%)	RICOVERI CHIRURGICI ORDINARI APPROPRIATI	DEGENZA MEDIA	GIORNATE DI DEGENZA ORDINARIE APPROPRIATE	GIORNATE DI DEGENZA DISPONIBILI PER RICOVERI CHIRURGICI (T.U. 80%)	FABBISOGNO POSTI LETTO	
								RICOVERI ORDINARI (I.O. 70%)	DAY- SURGERY (I.O. 70%)
LIOTTI	109	86	60	49	2,1	102	128	1	0
<b>TOTALE</b>	<b>109</b>	<b>86</b>	<b>60</b>	<b>49</b>		<b>102</b>	<b>128</b>	<b>1</b>	<b>0</b>

Tasso di utilizzo 80%

Indice di trasferimento 70%

Indice di operatività 70%

**OTORINOLARINGOIATRA - ISTITUTI PUBBLICI****TAB. F-1: STIMA DEL FABBISOGNO DI POSTI LETTO - RICOVERI ORDINARI E DAY-SURGERY - (T.U. 80%)**

OSPEDALE	RICOVERI CHIRURGICI	RICOVERI TRASFERIBILI (indice trasferimento 100%)	RICOVERI TRASFERIBILI (indice trasferimento 80%)	RICOVERI CHIRURGICI ORDINARI APPROPRIATI	DEGENZA MEDIA	GIORNATE DI DEGENZA ORDINARIE APPROPRIATE	GIORNATE DI DEGENZA DISPONIBILI PER RICOVERI CHIRURGICI (T.U. 80%)	FABBISOGNO POSTI LETTO	
								RICOVERI ORDINARI (I.O. 70%)	DAY-SURGERY (I.O. 70%)
Città di Castello	429	380	266	163	2,1	342	428	2	2
Gubbio	284	163	114	170	1,0	170	212	1	1
Foligno	1.367	1.238	867	500	2,1	1.051	1.314	5	6
Spoletto	1.088	1.026	718	370	1,7	629	786	3	5
Monteluce	1.684	1.421	995	689	2,4	1.654	2.068	8	7
Terni	2.044	1.982	1.387	657	6,0	3.940	4.925	19	9
<b>TOTALE</b>	<b>6.896</b>	<b>6.210</b>	<b>4.347</b>	<b>2.549</b>		<b>7.786</b>	<b>9.732</b>	<b>38</b>	<b>30</b>

Tasso di utilizzo 80%

Indice di trasferimento 70%

Indice di operatività 70%

## **5. LE AREE PROGETTUALI**

Il Piano Sanitario Regionale individua, in linea con il Piano Sanitario Nazionale, alcune aree di intervento sulle quali ritiene opportuno intervenire attraverso atti programmatici di indirizzo generale.

Le priorità di intervento di seguito indicate non sono esaustive rispetto al complesso degli interventi e degli atti di indirizzo che saranno sviluppati nel triennio ma nascono da una valutazione di priorità che tiene conto del complesso delle indicazioni politiche e tecniche acquisite nel percorso di elaborazione del PSR.

Per tale motivo i progetti di intervento di seguito elencati comprendono sia azioni rivolte all'ottimizzazione della rete assistenziale dedicata a specifiche condizioni di rischio o patologiche, sia azioni rivolte all'implementazione di aspetti gestionali innovativi o su quali le performance ottenute non sono soddisfacenti.

## **5.1 ATTI DI INDIRIZZO PROGRAMMATICO ALLEGATI AL PIANO**

Rispetto a questo ambito di priorità già acquisite, il Piano fa proprie le indicazioni progettuali più mature sul piano tecnico e redazionale:

- **Prevenzione e assistenza oncologica**
- **Promozione e tutela della salute degli anziani**
- **Progetto Umbria Diabete**
- **Programma regionale sangue**
- **Progetto Trapianti**
- **Progetto Farmaci**
- **Attuazione della Carta dei Servizi**

### **5.1.1 Prevenzione e assistenza oncologica**

Le patologie neoplastiche costituiscono nel nostro Paese il secondo grande gruppo di cause di morte e rappresentano quindi un problema di assoluta rilevanza sociale, considerando anche il continuo incremento del numero degli ammalati di tumore legato al prolungamento della vita media, all'aumento della sopravvivenza registrato negli ultimi anni per molte neoplasie, ed alla aumentata esposizione della popolazione ai fattori oncogeni ambientali.

La lotta contro i tumori in tutti i suoi aspetti, preventivi, terapeutici ed assistenziali, deve quindi necessariamente costituire una delle priorità fondamentali della programmazione sanitaria nazionale e delle singole Regioni, soprattutto perché l'assistenza medica agli ammalati di cancro appare in continua evoluzione per i cambiamenti nelle tecniche e strategie terapeutiche e per le crescenti, molteplici esigenze degli ammalati nelle diverse fasi della loro condizione clinica.

In Umbria, dai dati epidemiologici riferiti al 1994, i tumori rappresentano la seconda causa di morte nella popolazione generale con un numero di 2.490 decessi per cancro ogni anno (1470 nei maschi

e 1020 nelle femmine), con un tasso annuo di 369,2 morti per 100.000 abitanti nei maschi e di 241,2 per 100.000 nelle femmine, rispetto ad un tasso italiano di 317.1 per 100.000 abitanti nei maschi e di 161.0 nelle femmine, riferito allo stesso periodo.

Per quanto riguarda i dati di incidenza, la recente pubblicazione del registro Tumori Umbro di Popolazione, sempre relativa al 1994, dimostra che in tale anno sono stati diagnosticati in Umbria 4193 casi di tumore maligno (2329 nei maschi e 1864 nelle femmine) con un tasso grezzo di 583,8 per 100.000 residenti nei maschi e di 440 nel sesso femminile.

La realtà oncologica in Umbria presenta alcuni aspetti molto favorevoli (dati di sopravvivenza, attività di ricerca, taluni settori dell'assistenza), altri che non si discostano dalla media (consapevolezza del problema "tumori") ed altri ancora che debbono essere molto migliorati (attivazione degli screening per i cr. della mammella e della cervice e disponibilità dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici, coordinamento delle competenze). Anche se il quadro complessivo può essere considerato soddisfacente, ogni sforzo deve essere fatto - ed è nelle nostre possibilità - per arrivare ad una organizzazione completa delle attività che assicurino un elevato standard di assistenza in tutta la Regione.

E' ormai superata la distinzione tra tumori di interesse prevalentemente chirurgico, misto (chirurgico-radioterapico-medico) o prevalentemente medico, non solo perché casi del primo e secondo gruppo possono diventare, per lo sviluppo di localizzazioni secondarie, di interesse prevalentemente medico, ma anche per l'estesa diffusione delle terapie adiuvanti o neoadiuvanti, il che determina sempre più l'esigenza di un trattamento integrato per una gamma sempre più vasta di tumori, per cui è indispensabile considerare in modo adeguato formule organizzative che consentano attività comuni tra le varie competenze.

Per riorganizzare in maniera integrata i servizi che si occupano di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione in ambito oncologico e al fine di fornire prestazioni qualitativamente elevate ed economicamente convenienti, devono essere rispettati alcuni presupposti irrinunciabili quali:

- uniformità tra i vari servizi che svolgono, allo stesso livello o a livelli diversi, attività oncologica assistenziale;
- omogeneità degli interventi in ambito regionale e uniformità sul territorio delle procedure relative a programmi di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione;
- partecipazione integrata di varie competenze alla programmazione e alle attività dei servizi;
- sviluppo e applicazione di programmi di verifica della qualità delle prestazioni fornite;
- coordinamento e potenziamento dei programmi di aggiornamento ed educazione permanente del personale medico ed infermieristico;
- istituzione e coordinamento dei programmi di assistenza oncologica e di ospedalizzazione oncologica domiciliari;
- istituzione e coordinamento dei programmi di riabilitazione psicofisica, sia domiciliare che ospedaliera ed extraospedaliera.

### **5.1.1.1 La situazione attuale**

#### *Attività di prevenzione primaria e di educazione alla salute*

Le attività di prevenzione primaria e di educazione sanitaria nei confronti dei fattori di rischio neoplastico noti, modificabili e ad impatto sanitario provato (fumo, alcool, HBV, cancerogeni lavorativi e ambientali) dopo la grande attenzione ricevuta negli anni 70 e 80, hanno risentito nell'ultimo decennio di problemi di coordinamento e di una minore attenzione generale, dovuta anche ai ritardi nella ridefinizione delle competenze in materia di controlli ambientali ed alle modifiche di competenze determinati dalla normativa in materia di tutela della salute nei luoghi di lavoro. Alcuni interessanti esperienze in materia di studi sulla prevalenza delle esposizioni a rischio

relative a fattori comportamentali, ambientali ed a cancerogeni lavorativi sono state condotte in alcune USL, sia con risorse proprie che grazie alla collaborazione dei LESP e di altre istituzioni.

#### *Attività di prevenzione secondaria*

Nonostante siano stati destinati allo sviluppo delle attività di prevenzione secondaria raccomandate dalla Commissione Oncologica nazionale (screening per il cr. della mammella e della cervice) risorse ad hoc, si registrano ritardi e disomogeneità nella attivazione dei relativi programmi e molto resta da fare in termini di verifica di qualità, sorveglianza epidemiologica e garanzia di percorsi diagnostico terapeutici alle donne risultate positive allo screening.

#### *Attività di assistenza oncologica svolte nelle Aziende USL.*

In quest'ultima decade si sono sviluppate spontaneamente, in rapporto alla crescente necessità di trattamenti specialistici in campo oncologico, importanti attività ambulatoriali e di day-hospital praticamente in tutti i presidi ospedalieri della Regione; le attività sono coordinate da consulenti oncologi delle Aziende ospedaliere di Perugia e Terni; sono inoltre da segnalare le attività di assistenza domiciliare ai malati neoplastici inguaribili svolte in parti di territorio di diverse USL da unità di cure palliative con il supporto di associazioni di volontariato.

Nella USL n° 2 di Perugia esistono al momento cinque Ospedali nei quali sono presenti strutture ed attività oncologiche operanti da alcuni anni.

Alla fine del 1993, nella allora ULSS Media Valle del Tevere è stata istituita una posizione di Aiuto di Oncologia Medica, per far fronte in maniera adeguata ad una domanda non più fronteggiabile con l'impiego di due consulenti con due accessi settimanali; si è così sviluppata un'attività di Oncologia nella *Divisione di Medicina dell'Ospedale di Marsciano*, con la realizzazione di un ambulatorio oncologico stabile che dal mese di aprile 1994, data in cui ha preso servizio il vincitore del concorso, ha erogato numerose prestazioni specialistiche quali consulenze, visite ambulatoriali e somministrazioni di chemioterapia.

Da anni è in funzione un ambulatorio oncologico con personale e strutture specifiche presso gli *Ospedali di Città della Pieve e Castiglione del Lago*. In entrambi gli Ospedali sono state acquistate cappe a flusso laminare per la preparazione dei farmaci antitumorali, e sono in funzione ambulatori oncologici e strutture di day-hospital con personale infermieristico specificamente addestrato, per la presenza da anni, attraverso tre accessi settimanali, di specialisti della Divisione di Oncologia Medica in veste di consulenti.

Allo stesso modo da anni è attivo un servizio di Consulenza Oncologica presso l'*Ospedale di Assisi*, affidato a specialisti dell'Oncologia Medica e della Radioterapia.

Nel territorio del Perugino, da sette anni, è in funzione un servizio di assistenza oncologica domiciliare integrata, gestita dal volontariato in collaborazione con l'Azienda USL. L'équipe è attivata su richiesta dei medici di medicina generale, in stretta collaborazione con i distretti.

Nelle *USL di Città di Castello, di Foligno-Spoleto e nella attuale Usl 4 per quanto riguarda l'Orvietano*, da anni è presente un'attività oncologica articolata su day hospital e ambulatori che si avvale dell'impegno parziale di medici e infermieri delle Divisioni di Medicina e della consulenza settimanale di specialisti dell'Oncologia Medica dell'Azienda ospedaliera di Perugia e, per quanto riguarda l'ospedale di Foligno, anche della Radioterapia Oncologica.

Nell'ospedale di Umbertide è in funzione da sei anni un servizio di day hospital diretto da un medico oncologo che, grazie anche al volontariato, è in grado di raggiungere i pazienti, con infermieri volontari, anche a domicilio.

Nell'ospedale di Foligno è in funzione un day hospital, in una sede adiacente all'ospedale, il cui costo è a totale carico del volontariato; un day-hospital è attivo anche all'ospedale di Spoleto.

Nella USL di Città di Castello è operante un servizio automobilistico gestito dal volontariato, che si occupa del trasporto quotidiano dei pazienti presso la Radioterapia di Arezzo e di Perugia.



Negli altri *ospedali della provincia di Terni (Amelia e Narni)*, si svolge da anni un servizio di consulenza oncologica da parte dei medici del servizio oncologico dell'ospedale di Terni. Tale attività si articola in visite ambulatoriali, consulenze, attività terapeutica (chemioterapia).

I limiti, più evidenti, di questa organizzazione consistono nella mancanza di autonomia e nella frammentarietà del lavoro che impedisce a queste strutture di diventare il punto di riferimento ed integrazione delle attività oncologiche diagnostiche e terapeutiche dei singoli ospedali, con conseguenti ritardi e risposte terapeutiche non sempre ottimali.

Poco integrate e sviluppate sono inoltre le attività di supporto al paziente oncologico di competenza delle strutture territoriali (assistenza ai malati terminali, supporto psicologico, etc.).

#### *Assistenza oncologica nelle Aziende ospedaliere di Perugia e Terni*

Nell'Azienda ospedaliera di Perugia vi sono al momento *sei unità organiche* istituzionalmente deputate al trattamento dei tumori:

1. la divisione di Oncologia Medica del Policlinico Monteluce di Perugia
2. il servizio di Radioterapia Oncologica del Policlinico Monteluce di Perugia
3. la clinica Ematologica dell'Università di Perugia
4. la divisione di Pediatria dell'Ospedale Silvestrini di Perugia
5. l'istituto di Medicina Interna e Scienze Oncologiche dell'Università di Perugia
6. l'istituto di Chirurgia Generale e Terapia Oncologica dell'Università di Perugia.

Presso l'Oncologia medica, il volontariato aiuta nella gestione dell'accoglienza ai malati, li assiste psicologicamente con personale specializzato, è presente con personale proprio presso la segreteria dello stesso servizio e collabora nella gestione del day hospital.

Va precisato che esistono anche:

- la Tac oncologica donata e gestita dal volontariato nell'ambito della Radiologia generale del Policlinico di Perugia;
- l'ambulatorio oncologico multidisciplinare, non strutturato ma gestito funzionalmente dai primari di oncologia medica e di radioterapia oncologica.

Nell'Azienda ospedaliera di Terni sono presenti *due unità organiche specialistiche*:

- il servizio di Oncologia Medica;
- la Radioterapia Oncologica.

Il servizio di Oncologia Medica, pur operando in piena autonomia, è formalmente parte dell'istituto di Clinica Medica. Nel corso degli anni ha raggiunto livelli ottimali per quel che riguarda l'organizzazione dei trattamenti terapeutici ed ha contribuito a realizzare un'eccellente integrazione sul piano diagnostico e terapeutico con le altre discipline dell'Azienda.

Il servizio Oncologico di Terni non ha letti di degenza, ma un day hospital ed un'attività ambulatoriale che consentono l'applicazione di tutti i trattamenti ed i protocolli terapeutici in maniera ottimale, con l'eccezione della terapia ad alte dosi.

La Radioterapia Oncologica costituitasi nel corso degli ultimi anni e la cui potenzialità si è recentemente accresciuta con nuove strumentazioni, collabora strettamente con la Radioterapia di Perugia, soprattutto per quanto riguarda le dosimetrie ed i piani di trattamento.

Presso la realtà ternana è stata inoltre attivata, secondo le linee guida specifiche, una positiva collaborazione con il servizio di psicologia dell'Azienda ospedaliera, sostenuta anche da una borsa di studio finanziata dal volontariato, che ha consentito di fornire assistenza psicologica ai pazienti e supporto psicologico ai familiari.

### **5.1.1.2. I riferimenti organizzativi e funzionali per il triennio 1999-2001**

La organizzazione di una rete regionale per la prevenzione e assistenza oncologica deve garantire, ad ogni livello, il coordinamento di tutte le singole attività ed iniziative.

Il Piano punta a definire il quadro organizzativo e funzionale per la prevenzione ed assistenza oncologica in Umbria e pertanto assegna:

- A) funzioni di coordinamento regionale al Centro di Riferimento Oncologico Regionale;
- B) competenze in materia di prevenzione primaria, educazione alla salute, attivazione e messa a regime dello screening alle Aziende Sanitarie locali;
- C) funzioni di assistenza oncologica opportunamente differenziate tra Poli Oncologici Regionali e Aziende USL;
- D) Funzioni di assistenza al malato oncologico terminale.

#### **A) Il Centro di Riferimento Oncologico Regionale**

A livello regionale viene costituito un Centro di Riferimento Oncologico con il compito di:

- assistere, tramite le indicazioni della Commissione Oncologica Regionale, le autorità regionali nella formulazione di programmi per interventi oncologici;
- supportare l'organizzazione delle attività oncologiche svolte dai presidi esistenti nel territorio regionale;
- standardizzare le metodiche diagnostiche-terapeutiche, allestendo e validando protocolli;
- gestire dell'anagrafe delle sperimentazioni cliniche;
- contribuire alla formazione ed aggiornamento del personale;
- svolgere attività di osservatorio degli interventi di prevenzione primaria e secondaria e di analisi della mobilità sanitaria;
- valutare la qualità dell'attività dei servizi oncologici dei vari ospedali;
- contribuire alla valutazione epidemiologica degli interventi.

Le funzioni di Centro di riferimento oncologico regionale possono essere affidate ad uno dei dipartimenti oncologici, prevedendo nella sua organizzazione la partecipazione dei responsabili degli altri dipartimenti oncologici regionali e la collaborazione con l'Università/Dipartimento di Igiene, con referenti dell'Assessorato Regionale alla Sanità/Osservatorio Epidemiologico Regionale, e del Registro Tumori di Popolazione Umbro, con i Dipartimenti di Prevenzione e Servizi di Epidemiologia delle ASL, con i direttori delle scuole di specializzazione in oncologia, radioterapia e chirurgia oncologica, con un rappresentante dei medici di medicina generale e delle associazioni di volontariato.

#### **B) Le attività di prevenzione**

##### *Prevenzione primaria ed educazione alla salute*

Le Direzioni delle aziende sanitarie locali predispongono attraverso i Dipartimenti di Prevenzione i programmi di prevenzione ed educazione alla salute rivolti ai fattori di rischio noti, modificabili e ad impatto sanitario provato, che sono realizzati dai Distretti sanitari. Curano inoltre, con il supporto dei Dipartimenti di prevenzione e previa intesa con l'Agenzia Regionale per la Prevenzione Ambientale e con l'Assessorato regionale alla Sanità, l'attuazione dei programmi di rilevazione e monitoraggio sui fattori di rischio cancerogeno ambientali e lavorativi.

Per parte sua, la Regione si impegna ad omogeneizzare, con la collaborazione dell'ISTAT, le rilevazioni sulla prevalenza di esposizioni a fattori di rischio comportamentale, con stime subregionali a livello delle attuali quattro USL, anche nel quadro delle collaborazioni con istituti di

ricerca nazionali per le valutazioni relative al raggiungimento degli obiettivi di salute di cui al capitolo 2 del presente PSR.

#### *Prevenzione secondaria*

Le Direzioni delle aziende sanitarie locali attivano lo screening per i tumori della mammella e della cervice, curano l'attivazione di programmi di controllo di qualità intra ed inter laboratori, attivano la sorveglianza epidemiologica sui casi evitabili che si determinano per le relative patologie.

Le direzioni delle aziende sanitarie locali ed ospedaliere definiscono, d'intesa con il Centro di Riferimento Oncologico Regionale (di seguito definito), percorsi assistenziali integrati e complessivi cui hanno diritto di accesso le donne che risultano positive agli screening e sono responsabili della periodica verifica di accessibilità e percorribilità.

### **C) Le funzioni assistenziali**

Il PSR articola le funzioni assistenziali sulla base delle indicazioni formulate dalla Commissione Oncologica Nazionale e del Piano Oncologico Nazionale, prevedendo due poli oncologici da collocare nelle Aziende Ospedaliere di Perugia e Terni e servizi autonomi di oncologia medica nelle aziende USL, che sono chiamate ad organizzare anche l'assistenza ai malati terminali.

#### **I poli oncologici**

I poli oncologici, organizzati in forma dipartimentale, devono comprendere obbligatoriamente strutture di oncologia medica, radioterapia e chirurgia, tutte a livello apicale, per garantire una effettiva attività integrata. Chiaramente dovranno partecipare al polo oncologico tutti i servizi che intervengono nell'assistenza oncologica, tra cui: i servizi di anatomia patologica, diagnostica strumentale e di laboratorio, medicina nucleare, anestesia e rianimazione, riabilitazione, psicologia, servizi di assistenza sanitaria e sociale, etc., in modo da utilizzare tutte le competenze e le attrezzature diagnostico - terapeutiche attualmente significative in campo internazionale. Devono essere previsti ulteriori progressi ed acquisizioni, sia tecnologiche che di personale, legati all'incremento delle conoscenze nel settore oncologico.

Alcune attività possono essere presenti, nei vari momenti storici, in uno solo dei due poli che, in questo caso, funge da riferimento regionale e talora extraregionale. In generale tali attività sono caratterizzate da:

1. rilevante investimento nella preparazione del personale per compiti di notevole specializzazione;
2. notevole impegno tecnologico in apparecchiature che sarebbe antieconomico duplicare;
3. possibilità di effettuare il controllo epidemiologico e la valutazione generale delle procedure che vengono attuate.

Fermi restando questi criteri generali, è evidente che il progredire delle conoscenze e delle tecnologie può modificare nel concreto queste attività e le può far assegnare indifferentemente ad uno dei due poli. Al momento attuale, tenendo conto delle competenze esistenti, sembra ragionevole allocare in un solo polo regionale:

- A. la validazione metodologica delle procedure e la valutazione dei risultati generali;
- B. alcune procedure di diagnostica per immagini soprattutto per la difficoltà e la dispendiosità della preparazione del personale;
- C. alcune tecnologie di diagnostica di laboratorio, particolarmente specialistiche e costose, come la diagnostica molecolare;
- D. i trapianti allogenici di midollo osseo;

- E. alcune modalità terapeutiche, come la terapia genica e la immunoterapia sperimentale che richiedono una sofisticata preparazione del personale;
- F. la oncematologia pediatrica con trapianto di midollo osseo (per le relative competenze nei soggetti da 0 a 15 anni).

Queste attività, allo stato dei fatti, dovrebbero essere concentrate a Perugia, anche se, come già detto, la situazione può modificarsi nel corso degli anni in maniera dinamica.

I compiti che spettano ad entrambi i poli, sempre in maniera coordinata e non competitiva, si possono così riassumere:

- a) elaborazione di protocolli diagnostico terapeutici, multidisciplinari. E' questo uno dei mandati più importanti e culturalmente significativi. I protocolli, o linee guida di comportamento, si devono riferire sia agli aspetti preventivi che alla diagnosi precoce, alle procedure diagnostiche più validate e all'approccio terapeutico multidisciplinare, devono riguardare tutti i tipi di neoplasie più comuni e devono prevedere opportuni approcci anche per le neoplasie più rare in coordinamento con i centri nazionali dedicati. I protocolli di comportamento vincolanti, lungi dal rappresentare una limitazione alla libertà del medico costituiscono un momento insostituibile di crescita culturale, dovendo essi tenere conto dello stato dell'arte più avanzato nei singoli argomenti. E' evidente che le linee guida devono essere periodicamente aggiornate (si può suggerire una cadenza annuale per conferme o modifiche) e devono essere diffuse a tutti i nuclei periferici che ne hanno interesse o le devono applicare. E' convinzione generale che seguire protocolli diagnostico - terapeutici costituisce il mezzo migliore per fornire ai pazienti prestazioni adeguate. Resta chiaramente inteso che nel polo vengono anche eseguiti ed applicati i suddetti protocolli per la specifica attività di assistenza ai propri pazienti. Può essere prevista l'istituzione di una cartella medica dipartimentale nella quale far figurare il consenso informato degli specialisti nella diagnosi effettuata e nelle terapie da attivare.
- b) Impostazione di protocolli di ricerca. Accanto alla preparazione di linee guida basate sui dati acquisiti in letteratura è compito fondamentale dei poli oncologici elaborare studi clinici controllati da svolgere in tutta la Regione o, con un respiro più ampio, in campo nazionale ed internazionale. Non verrà mai sufficientemente sottolineato che la ricerca clinica costituisce garanzia di progresso e di miglioramento delle conoscenze, ma anche una più adeguata assistenza al malato.
- c) Diagnostica per immagini e cito - istopatologica delle neoplasie. Questa attività che può essere presente anche in centri periferici, deve avere però, a livello dei due poli, importanti momenti peculiari in particolare per quanto riguarda : l'esistenza di apparecchiature complesse e costose specie nel campo della diagnostica per immagini, la diagnostica interventista che richiede competenze e manualità specifiche, la revisione di diagnosi poste nei vari centri periferici qualora esistano dubbi ragionevoli. E' auspicabile che tramite Telemedicina la diagnostica periferica venga valutata multidisciplinariamente dal polo oncologico di riferimento, al cui interno vanno comunque seguite le medesime procedure multidisciplinari.
- d) Intervento terapeutico diretto in alcune situazioni definite dai protocolli diagnostico-terapeutici :

- Terapia chirurgica : deve essere inserita, come tutte le procedure, nell'ambito delle linee guida. Ai poli oncologici vanno riservati gli interventi complessi e sperimentali che richiedono una specifica competenza. Va scoraggiato, sia a livello dei poli che in periferia, qualsiasi procedura che non tenga conto degli standards terapeutici accettati a livello internazionale. Basandoci anche su considerazioni epidemiologiche regionali si traggono conclusioni ovvie: un centro oncologico chirurgico non può in alcun modo prescindere dalla casistica operatoria. Da questa scaturisce la ricerca clinica applicata e quindi la qualificazione del centro stesso sul piano assistenziale, che lo rende polarizzante e socialmente valido. E' necessario individuare quindi centri di primo e secondo livello che eseguano procedure diagnostiche e terapeutiche chirurgiche differenziate in "semplici" e "complesse". Le attività chirurgiche definite "complesse" sono quelle che prevedono la presenza di più competenze professionali, di mezzi tecnologici avanzati, di assistenza intensiva, e debbono essere riservate a pazienti con patologie neoplastiche importanti e "ad alto rischio" chirurgico, che necessitano cioè di un trattamento chirurgico pre e post-operatorio in un ambiente allo scopo strutturato. Dovranno essere i poli oncologici ad emanare linee guida anche in questo campo, per definire i livelli di assistenza e le procedure adottabili nei vari centri. Accordi interaziendali potranno prevedere in via sperimentale l'accesso di équipes dei diversi presidi ospedalieri regionali ai centri specializzati di chirurgia oncologica; il chirurgo oggi deve necessariamente possedere una larga serie di esperienze cliniche per partecipare ad un gruppo di cura multidisciplinare del cancro e per assicurare che sia considerata la più ampia gamma di opzioni diagnostiche e terapeutiche nel trattamento di ciascun paziente neoplastico. E' indispensabile quindi individuare le sedi operatorie, nelle quale si svolgano gli interventi chirurgici specifici per i vari settori della patologia oncologica. Fatti salvi i protocolli di terapia chirurgica oncologica, unanimemente riconosciuti, non si può prescindere dalle altre forme di apporto assistenziale perioperatorio, quali : la Crioterapia, la Chirurgia Radioimmunoguidata, la Chemoembolizzazione intraoperatoria e la IORT. Sale operatorie così strutturate non sono pensabili distribuite in più centri e non possono essere considerate esclusive per un singolo operatore. Ciò non significa che il paziente oncologico, una volta svolto il suo iter diagnostico, qualora necessiti di trattamento operatorio, non possa essere sottoposto a chirurgia in sedi decentrate, sempre nel rispetto dei protocolli e delle linee guida emanate.
  - Radioterapia: le indicazioni della Commissione Oncologica Nazionale comportano per lo svolgimento di tali attività particolari attenzioni alla gestione delle attrezzature e alla qualità delle cure erogate, individuando nei poli la sede elettiva di erogazione. Eventuali richieste di delocalizzazione, quali quelle della ASL 1 comportano la dimostrazione di un favorevole rapporto costi-benefici e sono comunque collegate al mantenimento di precisi standard qualitativi.
  - Terapia medica : l'impostazione di questo tipo di terapia è contenuta nei protocolli diagnostico - terapeutici sopra ricordati. In moltissime circostanze la terapia medica, opportunamente definita, può essere attuata anche nei presidi periferici, grazie ad un contatto stretto fra questi presidi e i poli regionali. Sembra utile, all'attuale stato dell'arte, riservare ai poli regionali l'esecuzione di terapie ad alte dosi con autotrapianto di cellule staminali autologhe e l'esecuzione, o quantomeno il diretto controllo, delle terapie sperimentali.
- e) Riabilitazione: presso i poli regionali deve anche essere impostata l'attività riabilitativa che può essere effettuata o completata in centri dedicati o nei presidi periferici a seconda della sua complessità.

- f) Psicologia: è necessario assicurare una adeguata consulenza ed assistenza psicologica, anche per concretizzare un approccio interdisciplinare volto al miglioramento della qualità della vita dei malati oncologici. Presso i poli regionali (utilizzando a tal fine i servizi di psicologia ospedaliera) deve essere effettuata la valutazione di screening iniziali e devono essere definite le eventuali specifiche necessità di intervento, assicurando il coordinamento e l'integrazione delle attività, su questo versante, nei vari livelli della rete assistenziale, coinvolgendo il volontariato. Tale competenza, oltre che per i pazienti si rivela importante per le famiglie e per le équipes curanti (dinamiche relazionali, comunicazione personalizzata, gestione del burn-out).
- g) Attività didattica: è strettamente collegata con la funzione dei poli oncologici. Essa viene diretta:
- agli studenti del corso di laurea in medicina, attraverso l'insegnamento, previsto dai curricula vigenti, dell'oncologia generale, dell'oncologia clinica (medica e chirurgica) e della radioterapia oncologica ;
  - agli specializzandi delle scuole umbre di specializzazione dedicate all'insegnamento dell'oncologia, e precisamente la scuola di oncologia, di ematologia e di radioterapia. E' da notare che impartiscono insegnamenti parzialmente collegati con l'oncologia quasi tutte le altre scuole di specializzazione di area medica, chirurgia e laboratoristica ; questi insegnamenti possono essere opportunamente coordinati in modo da fornire allo specializzando una esperienza professionalizzante di alto livello, utilizzando tutte le competenze presenti nella Regione ;
  - al personale infermieristico e tecnico di laboratorio attraverso i diplomi universitari (anche in questo settore l'attività può essere efficacemente coordinata in modo da consentire agli allievi una preparazione adeguata) ;
  - ai medici di medicina generale, attraverso un sistema di educazione permanente che consenta di tenere aggiornati i medici sui progressi di questa specialità e di inserirli nell'organizzazione dell'attività oncologica nel territorio. Quest'ultima attività didattica è al momento attuale la più carente, ma è anche quella di cui si sente principalmente il bisogno, specie se si tiene conto dei problemi legati alla prevenzione primaria e secondaria e alla diagnosi precoce che non può non essere affidata al sistema sanitario di base nel suo complesso.
- h) Ricerca: è compito specifico dei poli condurre una adeguata ricerca nel campo della epidemiologia, patogenesi e terapia dei tumori, intendendo con ciò comprendere tutti i tipi di ricerca scientifica di base e applicata. In Umbria esistono centri di ricerca oncologica di altissimo livello, ben noti in campo internazionale in molteplici settori. E' indispensabile che tale attività si sviluppi e continui a fornire dati significativi (con il contributo sinergico di Regione, Università, Aziende sanitarie e volontariato), affinché questa attività continui a rappresentare uno dei punti di forza dell'oncologia nella nostra Regione.

I poli oncologici si pongono in rapporto con i presidi periferici svolgendo le seguenti funzioni :

- illustrazione e discussione dei protocolli diagnostico-terapeutici al fine di un coinvolgimento culturale più ampio del personale che deve operare sul campo. Questo programma può rientrare nel progetto di formazione permanente del personale che costituisce uno dei compiti specifici dei poli;
- discussione diretta con modalità pratiche elastiche dei casi complessi seguiti sia dai poli che, soprattutto, dai presidi periferici;
- verifica periodica delle deviazioni eventuali dai protocolli diagnostico - terapeutici e loro discussione;
- messa in comune dei dati provenienti dai centri specialistici e dai presidi periferici a fini epidemiologici e discussione comune dei dati provenienti dal Registro tumori.

La modalità organizzativa più consona dei Poli di Perugia e di Terni è quella dipartimentale. Il dipartimento di oncologia costituisce infatti una unità amministrativa e funzionale che facilita i contatti, garantisce i finanziamenti, organizza il lavoro di coloro che ne fanno parte. Il nucleo iniziale del dipartimento dovrebbe comprendere tutte le strutture che si occupano di oncologia in maniera totale e largamente prevalente, sia in campo preventivo ed epidemiologico che in campo medico, chirurgico e radioterapico. Analogamente devono far parte del dipartimento i docenti di oncologia di ematologia e radioterapia del corso di laurea e delle scuole di specializzazione dedicate, nonché coloro che, in campo di diagnostica e di ricerca, si occupano prevalentemente di oncologia. Si deve prevedere il coinvolgimento nel dipartimento delle figure professionali che si occupano di oncologia a tempo parziale, oltre che del volontariato che da tempo collabora con le Aziende sanitarie.

Per i tempi di realizzazione dei dipartimenti ospedalieri, si rimanda alle scadenze previste sulla delibera di attuazione dei Piani Attuativi Locali (D.G.R. n. 885 del 4/3/98).

### **L'assistenza oncologica nelle Aziende USL**

Considerando le dimensioni che l'attività oncologica ha raggiunto, la complessità e la alta specializzazione delle prestazioni oncologiche richieste, è auspicabile un nuovo assetto organizzativo dell'Oncologia Medica sul territorio, basato su:

- servizi di oncologia medica;
- servizi di trasporto e accoglienza per l'accesso ai centri di radioterapia;
- servizi di assistenza domiciliare;
- hospice;

Istituire un *servizio di Oncologia delle Aziende USL* è la condizione essenziale per potenziare un'attività in parte già presente, conferendogli autonomia e dignità professionale, utilizzando pienamente le risorse ospedaliere del territorio.

Essi possono avere al loro interno presidi oncologici strutturalmente costituiti da un day hospital, e da un ambulatorio senza letti di degenza propri, collegato con le Divisioni di Medicina e di Chirurgia di cui utilizzano i letti in caso di necessità. Nel day hospital operano specialisti in oncologia. Inoltre deve essere prevista una rete di ambulatori ad attività oncologica, aventi sede nei centri di salute, con personale non totalmente dedicato, collegato con i medici di medicina generale, con i presidi oncologici periferici, con i poli oncologici.

In linea con quanto precisato nello schema del nuovo Piano Sanitario Regionale, è possibile prevedere prestazioni di fascia B o C (decentrabili in alto e moderato grado rispettivamente) con degenza propria, tenendo conto che le prestazioni di fascia C possono essere garantite in non più di un presidio per USL, comprese le Aziende ospedaliere, e che comunque solo queste prestazioni potrebbero essere coordinate da un dirigente di II livello. Nella prima fase di attuazione della riorganizzazione regionale della rete oncologica, si propone di istituire questo servizio oncologico come modulo organizzativo nell'ambito dei dipartimenti di area medica, con una piena autonomia del servizio, in stretto collegamento con i Poli oncologici.

Per realizzare quindi una integrazione ottimale tra le strutture oncologiche operanti nelle Aziende ospedaliere e USL, potenziando l'esistente, si propone un'*organizzazione funzionale dipartimentale* che favorisca i compiti di questi servizi territoriali che sono:

- la adozione e la gestione dei protocolli e linee guida diagnostico - terapeutici, comuni per la maggior parte delle neoplasie, basati sugli standard qualitativamente accettati in campo nazionale ed internazionale elaborati nei poli, facendo riferimento alle linee guida in Oncologia del CNR o al

PDQ (Physician Data Query) del NCI statunitense, quando non richiedono interventi altamente specialistici. Tale gestione deve essere autonoma, ma la validazione della procedure e la verifica dei risultati deve essere compiuta in collegamento con i poli di Perugia e Terni. Le terapie chirurgiche e mediche dei pazienti residenti nel rispettivo territorio saranno effettuate sulla base delle linee guida dalle strutture periferiche che sono chiamate a collaborare anche a quei protocolli di ricerca che non comportino ricoveri specialistici.

- Partecipazione a studi clinici controllati ed a sperimentazioni cliniche comuni.
- Il follow up dei pazienti che non necessitano di terapie. Tale follow up può essere affidato ai medici di medicina generale che accettano il compito o, in mancanza, a specialisti ambulatoriali che vicariano l'attività dei medici di medicina generale.
- I processi riabilitativi che non richiedono competenze specialistiche.
- Costituzione di comitati per patologia affidati a responsabili scientifici ed operativi che curino la raccolta dei dati, l'aggiornamento e la valutazione critica sia degli standard terapeutici che degli studi clinici.

Devono essere altresì previsti percorsi, facilitati e omogenei sul territorio regionale, per l'accesso dei pazienti ai singoli servizi e alle prestazioni, coinvolgendo nella loro individuazione tutte le figure professionali coinvolte, dal medico di medicina generale ai vari specialisti.

I poli oncologici nella loro attività didattica diretta alla formazione del personale avranno cura di istruire specificatamente questi sanitari, dotati o meno della specializzazione in oncologia.

Ciò consente una razionalizzazione dell'assistenza al malato neoplastico, con una migliore utilizzazione delle risorse esistenti, svolgendo buona parte dei trattamenti e delle procedure diagnostiche nei presidi ospedalieri in regime di day-hospital e riservando ai poli oncologici un ruolo guida nella definizione dei protocolli e strategie terapeutiche, e nella applicazione di trattamenti ad alta specializzazione.

In una logica di assistenza globale al paziente neoplastico sarebbe auspicabile, in particolare modo per l'effettuazione di applicazioni di radioterapia, garantire ai malati che provengono da altre parti della Regione *strumenti di trasporto adeguati* e alloggi per quelli che provengono da fuori Regione.

Così come previsto dalla legge regionale 30 marzo 1995, n. 17, accanto alle attività più tipicamente ospedaliere o ambulatoriali, andrà anche avviato nel territorio un programma di *assistenza domiciliare*, rivolta ai pazienti inabili o terminali nel territorio di competenza. Anche in questo caso il compito è affidato ai medici di medicina generale che lo accettano o, in mancanza, a specialisti che li vicariano.

A livello territoriale, anche con il valido apporto delle organizzazioni di volontariato (tramite accordi o convenzioni) che in Umbria offrono da tempo ormai il proprio riconosciuto essenziale contributo, può essere effettuata quella assistenza multidisciplinare al paziente neoplastico, soprattutto al malato terminale, in un ambiente familiare, alleviando il disagio delle famiglie e alleggerendo il carico assistenziale delle strutture ospedaliere.

Esigenze di umanizzazione e di contenimento dei costi richiedono in misura sempre crescente la possibilità di trascorrere il maggior tempo possibile della fase terminale nell'ambiente familiare del malato. Il medico di medicina generale, medico di fiducia della persona e conoscitore delle potenzialità assistenziali della famiglia, deve svolgere fondamentali funzioni di rilevazione dei bisogni e di coordinamento degli interventi personalizzando l'attività assistenziale che deve essere strettamente correlata con le attività del Centro di salute del proprio territorio. Il medico di medicina generale, con il supporto di servizi sociali, personale paramedico dei centri territoriali, con l'associazione di volontariato, ha il compito di gestire questo tipo di attività.

L'assistenza sanitaria al malato oncologico in terapia di supporto non sempre trova una valida alternativa al ricovero ospedaliero nell'assistenza oncologica domiciliare. Spesso infatti ragioni ambientali (famigliari e socio-economiche), tecniche (l'impegno curativo) e psicologiche suggeriscono la necessità di integrare il programma assistenziale con una sede dedicata che rappresenti per il paziente malato e per i suoi familiari una autentica seconda casa, rispondendo alle



caratteristiche di una struttura architettonica concepita con finalità mirate alle necessità e alle attese di questi particolari ammalati.

L'*hospice*, in quanto casa di accoglienza per cittadini che hanno bisogni assistenziali prevalentemente in termini di assistenza infermieristica e/o cure palliative, ampia il ventaglio di opzioni disponibili per l'assistenza oncologica al malato terminale, senza risultare quindi meramente sostitutivo dell'assistenza domiciliare o di quella ospedaliera.

L'*hospice* dovrebbe essere composto da 10 camere per 10 pazienti (10 posti letto per malati terminali ogni 200.000 abitanti), con una degenza media di 3 / 4 settimane. In ogni camera vi dovrebbero essere almeno due posti letto oppure un letto ed un divano letto per consentire a familiari o ad amici di pernottare con l'ammalato. L'arredamento, i colori e l'atmosfera dovrebbero rendere l'ambiente accogliente e riposante, lontano il più possibile dall'asettico e impersonale clima ospedaliero. Ogni camera dovrebbe essere dotata di servizi privati con presidi per disabili e spazio adeguato per l'uso della carrozzella ed i sanitari dovrebbero essere di tipo sospeso per consentire una migliore igiene. Per un servizio completo sarebbero necessari un salone per l'accoglienza ai familiari

(per alleviare la tensione spesso insopportabile che nasce dalla vicinanza continua con un malato grave) ed una cucina in questi possano eventualmente ristorarsi e possano conservare e riscaldare cibi e bevande per i propri malati. Il vitto per i pazienti e le pulizie sono comunque garantiti dall'azienda sanitaria. L'*hospice* necessiterebbe inoltre di una infermeria, di un ambulatorio, una sala per attività ricreative, guardaroba e bagni per il personale e possibilmente uno spazio per l'assistenza religiosa.

Stante la disponibilità di fondi per l'attivazione almeno una struttura in Umbria sulla base della recente normativa nazionale, saranno esperiti nel primo semestre del 1999 gli atti necessari alla acquisizione di tali fondi ed alla successiva attivazione di una prima struttura dedicata a Perugia.

## **5.1.2 Promozione e tutela della salute degli anziani**

### **5.1.2.1 Quadro di riferimento**

In Italia, come negli altri Paesi più sviluppati del mondo, dal 1970 prevale un modello riproduttivo a bassa natalità che sta contrapponendo ai notevoli guadagni ottenuti in termini di allungamento della vita media la radicale modifica nella struttura complessiva della popolazione.

Nel 2.010 per ogni quindicenne ci saranno due ultra settantacinquenni. Questo fenomeno dinamico si verifica perché, la consistenza numerica degli individui anziani aumenta più rapidamente di quanto accada per gli altri gruppi di età e si associa con il contrarsi di quelli giovanili.

Nel tempo la massa di individui non più attivi e con sempre maggiori esigenze sociali e di integrazione economica determinerà un più rilevante trasferimento di redditi il cui carico si riverserà sui lavoratori in una situazione, tra l'altro, di contrazione o stabilità della base occupazionale.

Le reali conseguenze di questo fenomeno non ci appaiono ancora pienamente evidenti perché, sono in età riproduttiva le schiere di giovani nati negli anni '60 (anni del baby boom) che, pur avendo un atteggiamento poco disponibile alla maternità, finiranno per procreare più figli, essendo essi stessi più numerosi. Smaltita questa "ondata" di potenziali genitori, l'ulteriore declino della popolazione non potrà che essere ancora più evidente.

Le più recenti indagini condotte dall'ISTAT fanno rilevare che l'invecchiamento demografico nella nostra regione è superiore alla media nazionale e con la Liguria, l'Umbria risulta essere la "più vecchia d'Italia" con un fenomeno nel fenomeno costituito dalla sempre più evidente eccedenza femminile : più si va avanti con l'età e più numerosa è la componente femminile dell'intera popolazione.

Proprio in base al fatto che i fenomeni demografici sono "di lungo periodo" ed "inesorabili" non ci si pongono dubbi sulla certezza che, nel futuro, le generazioni di anziani continueranno sempre più a sopravanzare quelle dei giovani.

Oggi le condizioni di salute del "giovane anziano" (*young old* della letteratura internazionale, tra i 65 ed i 75 anni) sono in genere migliori di quelle degli anziani del passato; però, a questo dato sociale confortante, si accompagna quello, meno rassicurante, legato all'aumento eccezionale, degli ultra settantacinquenni e ultra ottantacinquenni (*old old*), i cui bisogni di cura sono maggiori e le invalidità funzionali più frequenti; tra l'altro, da quanto si ricava osservando i servizi sanitari che essi utilizzano, la risposta preponderante ai loro bisogni viene fornita dalla ospedalizzazione che si accompagna, spesso, a degenze prolungate e, per i più anziani, talvolta disumanizzanti.

L'insieme di tutti questi fattori preme, sinergicamente e contemporaneamente, sul sistema provocando effetti e complessità crescenti che non sarà possibile affrontare con gli schemi concettuali tradizionali, validi per quanto avveniva nel recente passato.

Queste considerazioni di fondo ci impongono di ridisegnare completamente la struttura del nostro sistema assistenziale regionale secondo le linee indicate nel Progetto Obiettivo Anziani nazionale.

Alla richiesta di prestazioni sanitarie, qualitativamente diverse rispetto al passato (sono "diversi" gli utenti e le loro problematiche), dovrà corrispondere una diversificazione degli investimenti nella spesa sanitaria che, individuando e quantificando la "popolazione bisognosa di cure a lungo termine" dovrà indirizzarsi verso la strutturazione di servizi necessari non suppletivi, bensì sostitutivi, tanto da permettere la riduzione degli sprechi di risorse.

Più ampio sarà il panorama dei servizi, tra loro interagenti in rete, tanto migliore sarà la qualità della prestazione a costi idonei. La molteplicità degli interventi non sarà tesa alla omogeneizzazione delle risposte ma alla diversificazione in base alle esigenze, intrecciandosi, inequivocabilmente, con la valenza sociale lungo tutto il sistema di "rete integrata dei servizi socio sanitari per la cura e l'assistenza continuativa dell'anziano malato".

All'obiettivo sociale di ottimizzazione nell'impiego delle risorse si associa la volontà di migliorare la "qualità della vita" degli utenti senza aggiungere alla malattia il disagio.

### **5.1.2.2 L'ipotesi programmatica**

Nell'ipotizzare una rete assistenziale per gli anziani in Umbria si individuano, a partire dai suggerimenti offerti dalle informazioni a nostra disposizione, due direttrici d'intervento:

una tesa a privilegiare il polo dell'assistenza domiciliare sia con misure dirette di sostegno alle famiglie, sia potenziando e mettendo a regime il servizio di assistenza domiciliare integrata ;

l'altra tesa a rinforzare il sistema assistenziale territoriale mediante un'articolata offerta di servizi residenziali extraospedalieri deputati a facilitare la deospedalizzazione, ad impedire il ricovero improprio e a sollevare le famiglie dall'eccessivo carico assistenziale. Strutture di carattere socio-assistenziale a rilievo sanitario, facenti capo al comparto sanità, riconducibili alle seguenti tipologie: Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA), Residenza Protetta e Centro Diurno.

Nell'ambito dei servizi residenziali territoriali dovrebbero, inoltre, trovare spazio soluzioni abitative di tipo comune rispondenti al bisogno di cura non sanitaria di una parte della popolazione anziana, mediante l'individuazione di nuove tipologie, da realizzare in ambito locale intrecciando politiche abitative e politiche assistenziali.

Ciò in connessione con quell'orientamento che ispira un nuovo modello di protezione sociale, assunto nel disegno di legge regionale di riordino delle funzioni socio-assistenziali, che vede nella dimensione comunitaria l'ambito ottimale per fare fronte ai bisogni di cura oggi in espansione.

I dati in nostro possesso, riguardanti l'attività delle strutture ospedaliere, evidenziano come per i nosocomi di minori dimensioni sia già di fatto operante una ridistribuzione dell'utenza a vantaggio della popolazione più anziana. La capillare diffusione di tali presidi sul territorio potrà consentire, conformemente allo spirito del Decreto Legge 280/96 ed alla Legge di conversione, di procedere a trasformazioni di destinazione, anche parziale, delle strutture ospedaliere presenti in strutture residenziali o semiresidenziali per anziani. Per queste finalità potranno essere destinati anche i finanziamenti previsti dalla Legge finanziaria del 1988.

L'ipotesi programmatica delineata trae legittimazione dagli elementi appresso indicati :

- a) la distribuzione territoriale della popolazione anziana;
- b) il contesto familiare di riferimento;
- c) la situazione della residenzialità diretta agli anziani;
- d) il grado di non autosufficienza degli anziani ospiti delle strutture residenziali;
- e) l'ospedalizzazione degli anziani.

#### *a) La distribuzione territoriale della popolazione anziana*

La distribuzione degli ultrasessantacinquenni sul territorio regionale, considerando le cinque Aziende USL e la popolazione tratta dall'anagrafe degli assistibili 1995, vede al primo posto la USL 4 con un indice di invecchiamento (proporzione tra ultrasessantacinquenni e popolazione per 100) pari al 26%; seguita dalla USL 3 con il 22,8% e dalla USL 5 con il 22,4%.

Si pongono sotto la media regionale del 21,7%, invece, la USL 1 e la USL 2, rispettivamente con il 21,2% e il 20,3%.

Per quanto riguarda il dato disaggregato per sesso l'indice di invecchiamento registra, sul piano regionale, uno scarto di + 5,3 punti fra popolazione anziana di sesso maschile e di sesso femminile, a favore di quest'ultima.

Relativamente all'indice di vecchiaia (rapporto fra la popolazione sopra i sessantacinque anni e quella sotto i quattordici anni) si conferma in linea di massima la situazione precedente collocando nell'ordine la USL 4 con il valore 2,3, la USL 5 con 1,9 e la USL 3 con 1,8.

Considerando l'indice di invecchiamento relativo alla fascia di età  $\geq 75$  anni, emerge il dato significativo della USL 4 pari ad 11,4% a fronte di una media regionale del 9%. Il valore più basso si registra nella USL 2 con 8,4%.

Anche per quanto riguarda la popolazione sopra gli ottant'anni si riscontra una prevalenza nella USL 4 con il 9,6%, segue la USL 5 con il 7,9% mentre le rimanenti USL si attestano intorno al valore del 5%. La media regionale risulta pari al 6,1%.

Relativamente all'indice di femminilizzazione della popolazione al di sopra dei 65 anni (rapporto percentuale F/M), si riscontra un valore regionale, per il 1995, pari al 137%. I dati relativi alle cinque USL non mostrano scostamenti significativi da questo parametro.

Il dato riguardante l'incremento medio annuo della popolazione  $\geq 80$  anni, (velocità di invecchiamento) particolarmente interessante per ciò che concerne gli aspetti relativi all'assorbimento delle risorse, risulta essere per la nostra regione intorno al 5% circa, a fronte di un dato nazionale, fornito dal CNR, del 4%.

In sintesi :

- 1) La popolazione regionale è una popolazione anziana che tende ad invecchiare rapidamente distribuendosi in modo non omogeneo sul territorio, determinando in alcune aree particolari

concentrazioni. Si conferma inoltre il dato atteso di una maggiore sopravvivenza della popolazione femminile.

- 2) Data la consistenza e l'andamento del processo di invecchiamento si impone una valutazione delle risorse, quelle già mobilitate e quelle necessarie, in relazione ai bisogni che si prefigurano connessi anche al carattere di progressività che assume tale fenomeno.
- 3) E' necessario adottare, nella politica assistenziale, un approccio che assuma il mutamento, non l'emergenza, modulando servizi ed interventi su bisogni globali della persona considerata nel suo sistema di relazioni.
- 4) Particolare attenzione assistenziale va rivolta alla popolazione sopra gli 80 anni, in quanto, dai dati in nostro possesso, si evince che in questa fascia di età aumentano in modo esponenziale i consumi sanitari. Ciò può far ipotizzare sia un reale aumento del bisogno di assistenza sanitaria sia una eccessiva medicalizzazione del bisogno assistenziale.

#### *b) Il contesto familiare di riferimento*

In Umbria ci sono 310.815 famiglie di cui 25.901 sono rappresentate da nuclei unipersonali di anziani con più di 75 anni, pari all'8,3%.

Le donne anziane > 75 anni, (da sole ) costituiscono il 78,7% di questi nuclei, con un rapporto maschi femmine di 1 a 4.

Nell'ambito dei nuclei unipersonali composti da anziani > 75 anni, quelli con anziani > 80 anni sono 17.858, pari al 69%.

Sulla popolazione umbra >75 anni, di oltre 73 mila unità, gli anziani che costituiscono un nucleo familiare unipersonale sono 25.803 (35%).

Analizzando la posizione degli anziani > 75 anni in famiglia con due o più componenti risulta che il 27% (19.439) degli ultra-settantacinquenni vive con un'altra persona di età > 65 anni, mentre il 38% (27.790) vive in famiglia con almeno una persona compresa tra 18-64 anni.

E ancora, se si assume una prospettiva di genere si registra che il 45% delle donne anziane (20.369) costituisce un nucleo unipersonale, il 16% (7.272) vive con un'altra persona di età > 65 anni, mentre il 39% (17.784) si trova nella seconda tipologia di famiglia sopradescritta.

In sintesi le persone anziane >75 anni, in Umbria, almeno per i 2/3 vivono in un contesto familiare a più componenti. Per di più tale dato può risultare sottostimato se si considera lo scarto che intercorre tra il dato anagrafico e quello fattuale. Analoghe distribuzioni di frequenza si registrano per la popolazione anziana > 80 anni. L'analisi territoriale evidenzia come dato significativo uno scostamento dalla media regionale, verso il basso, di - 7 punti per la USL 3 e, verso l'alto, di +8 punti per la USL 4 rispetto alla categoria "anziani soli > 75 anni".

In sintesi :

Incrociando i dati demografici con il contesto familiare di riferimento della popolazione anziana presa in considerazione, pur nella dimensione macro di livello regionale, si può affermare che il tessuto sociale regionale è sostanzialmente un tessuto non disgregato dove le formazioni sociali elementari come la famiglia mantengono, anche dentro un processo di trasformazione, una loro vitalità ed assolvono ad una funzione di cura nei confronti delle persone dipendenti.

Ciò dovrebbe orientare le scelte assistenziali in direzione del sostegno alle funzioni di cura che possono essere assolte, tra l'altro più efficacemente, negli ambienti sociali primari, mediante interventi mirati.

c) La situazione della residenzialità diretta agli anziani

La seconda indagine sulle strutture residenziali in Umbria, condotta nel periodo 1992-94, ha messo in evidenza un incremento complessivo di queste pari a 17 unità.

In tutto risultano attivate 71 strutture di cui 48 nella provincia di Perugia e 23 in quella di Terni. Il 77% di esse (55) ospitano anziani non autosufficienti. Rispetto alla rilevazione precedente si registra un aumento dei posti per assistenza totale (2.543) e una riduzione di quelli adibiti ad assistenza diurna (73 posti).

L'indagine ha inoltre evidenziato che la tipologia prevalente è rappresentata dalla "casa di riposo" (42%) con configurazione di ricovero sociale, a fronte di un 56% di ospiti non autosufficienti o parzialmente autosufficienti.

Le case di riposo ospitano 2.266 anziani di cui il 42% è costituito da ultraottantenni. Le donne anziane rappresentano il 61% degli ospiti.

Le residenze protette costituiscono appena l'8% delle strutture residenziali regionali.

In sintesi:

Le strutture residenziali presenti in Umbria non costituiscono servizi alternativi all'ospedale bensì, di fatto, sono alternative alla famiglia e/o alla comunità;

Tendono a favorire la cronicità sia per l'inadeguatezza strutturale, riferita alle sedi, che per quella organizzativa, riferita al personale impiegato;

L'offerta pubblica (1/3 delle strutture sono a gestione pubblica) non garantisce l'accoglienza mentre l'offerta privata non garantisce la protezione.

Si registra la mancanza di una normativa regionale che definisca gli standards strutturali, organizzativi e assistenziali per tutti i servizi residenziali diretti agli anziani.

d) *Il grado di non autosufficienza degli anziani ospiti delle strutture residenziali*

Una successiva indagine, effettuata nei mesi di Luglio ed Agosto 1997 sulla popolazione di anziani ospiti definitivi delle strutture residenziali, ha consentito di implementare le conoscenze finora in nostro possesso da utilizzare per un'adeguata programmazione di servizi.

La ricognizione, che si è avvalsa di un unico strumento valutativo su scala regionale (B.I.N.A.), ha permesso di misurare il grado di non autosufficienza degli anziani e, conseguentemente, di prevedere, nell'ambito della progettazione della rete dei servizi agli anziani eterodipendenti, la residenzialità necessaria nonché il livello di impegno assistenziale.

Le *case di riposo* censite sono state 74 e gli anziani valutati 2.008; di questi il 75% sono di sesso femminile ed il restante 25% di sesso maschile, l'età media è di circa 84 anni, con una netta prevalenza degli ultraottantenni che ne costituiscono oltre i due terzi; dal punto di vista sociale il "profilo tipo" che emerge da una disamina degli ospiti è quello di un soggetto di basso livello sociale (50% casalinghe ed operai), scarsamente scolarizzato (78% senza titolo o con licenza elementare), senza partner (91% vedovo o celibe/nubile). A tal proposito si evidenzia che ciò che più influisce sull'istituzionalizzazione degli anziani è la variabile *stato civile* e non *la presenza o l'assenza dei figli*, come il senso comune fa ipotizzare.

I non autosufficienti di grado medio ed elevato (B.I.N.A.: >210 <=630 e >630) rappresentano, rispettivamente, il 67,4 (1.354) e il 11% (222) dei residenti; il 21,5% (432) sono classificabili come autosufficienti.

La classificazione degli ospiti secondo la "menomazione" prevalente pone al primo posto l'*assenza di risorse*, coniugata soprattutto con una condizione di non autosufficienza media o di autosufficienza, facendo ipotizzare la presenza di un deficit socio-relazionale-ambientale rispetto al quale la residenzialità, non sempre, si configura come offerta congrua. Segue nell'ordine la *demenza*, accompagnata da non autosufficienza di grado medio e grave.

Gli anziani istituzionalizzati, sul totale della popolazione ultrasessantacinquenne, risultano pari allo 1.1%. Il dato può essere realisticamente utilizzabile ai fini della stima del fabbisogno residenziale

regionale, computabile secondo l'indice P.O.A. nel 2% della popolazione ultra sessantacinquenne (178.562), considerato lo stato di sostanziale equilibrio tra domanda ed offerta che si registra in Umbria ma risulta sottostimato alla luce del differente andamento della domanda di residenzialità, espressa e non, presente nei diversi territori. Occorre aggiungere che nell'ambito della previsione complessiva di posti residenziali diversa è l'intensità assistenziale richiesta. Sulla base della tipologia dei bisogni rilevati si può individuare un fabbisogno di servizi residenziali ad elevato contenuto sanitario assistenziale (RSA) pari mediamente al 2‰, con riferimento al totale della popolazione anziana ultrasessantacinquenne residente in Umbria.

In sintesi, da quanto esposto, discendono le seguenti indicazioni progettuali:

1. rendere congruenti bisogni rilevati e risorse di servizio differenziando le tipologie residenziali per intensità assistenziale: RSA, a maggiore intensità assistenziale; Residenza Protetta e Centro diurno a minore intensità assistenziale;
2. impedire la istituzionalizzazione di anziani autosufficienti promuovendo forme di microresidenzialità sociale sul territorio che richiamano la responsabilità dei Comuni;
3. impedire il ricovero (in ospedale o in strutture) degli anziani con una non autosufficienza media, valutata dall'UVG, assistibili in ADI, estendendo in modo omogeneo a tutto il territorio regionale il servizio di assistenza domiciliare e destinando, in ogni Azienda USL, un budget alle attività di assistenza domiciliare dirette alla cura della persona, considerate attività sociali a rilievo sanitario.

#### *e) La ospedalizzazione degli anziani.*

Il tasso di ricovero degli ultrasessantacinquenni, sulla popolazione anziana ultra 65enne, è pari al 39% a fronte di un tasso di ricovero della popolazione con meno di 65 anni del 16%. Da ciò deriva che dai 65 anni in su i ricoveri salgono oltre il doppio, con una punta nella fascia di età 80-84 anni pari al 43,8%. Il dato disaggregato per le 5 Aziende USL, considerando solo la popolazione ultra65enne residente, evidenzia un picco del 44% nella USL 1 ed il valore più basso, pari al del 31%, nella USL 4. Il dato della USL 4 andrebbe comunque letto in trasparenza e ridimensionato con l'indice di fuga della stessa USL, attestandosi quest'ultimo intorno al 37%, valore nettamente più alto di quelli relativi alle altre USL compresi tra il 5% e il 12%. Quanto sopra detto può far ipotizzare che la crescita di ospedalizzazione degli anziani sopra i 65 anni rifletta una inadeguatezza degli interventi nella fascia di età immediatamente precedente oppure una carenza di servizi territoriali alternativi all'ospedale.

Ad un ulteriore livello di analisi dei ricoveri ospedalieri si ha che gli ospedali di piccole dimensioni ricoverano prevalentemente anziani ultrasessantacinquenni. In particolare rispetto ad una media regionale di ospedalizzazione del 39% si registrano nei seguenti ospedali tassi del 60% ad Amelia, del 55,8% a Cascia, del 51,4% a Passignano, del 50,8% a Norcia e del 47,5% a Città della Pieve. Si collocano, invece, intorno alla media regionale, gli ospedali di Marsciano (36,1%) e Todi (38,6%), mentre quello di Narni presenta il valore più basso fra i piccoli ospedali con il (29,9%). Se si analizza l'utilizzazione dei p.l. per ospedale, comparando il tasso di utilizzazione generale (per tutte le classi di età) ed il tasso di utilizzazione specifico per pazienti di età > 65 anni, si può osservare come alcuni presidi ospedalieri vengano utilizzati quasi esclusivamente per il trattamento di pazienti ultra65enni. E' questo il caso dei presidi di Norcia (27% t.u. generale contro t.u. specifico del 18%), Cascia (28% contro il 19%), Passignano (46% contro il 30%) ed Amelia (79% contro il 57%).

Per i piccoli ospedali si può parlare, dunque, di una trasformazione già avvenuta sul campo rispetto alle funzioni standard di un presidio ospedaliero che va semplicemente messa a regime in un sistema di servizi territoriali, adeguando questi presidi ai fabbisogni assistenziali territoriali.

Considerando la domanda attesa sulla base del tasso di ospedalizzazione medio regionale (19,9%) si hanno i seguenti tassi di fuga per i seguenti ospedali :

Narni - Amelia - 51%

Norcia - Cascia - 64%

Marsciano - Todi - 35%

Lago Trasimeno - 35%

La domanda di ospedalizzazione, compresa quella proveniente dalla popolazione anziana ultrasessantacinquenne (vedi Narni, Marsciano e Todi dove gli anziani ricoverati sono inferiori o pari alla media regionale), si orienta altrove e trova soluzione presso altri presidi.

Gli ospedali "minori" non raccolgono di fatto la domanda di ospedalizzazione attesa per il loro territorio.

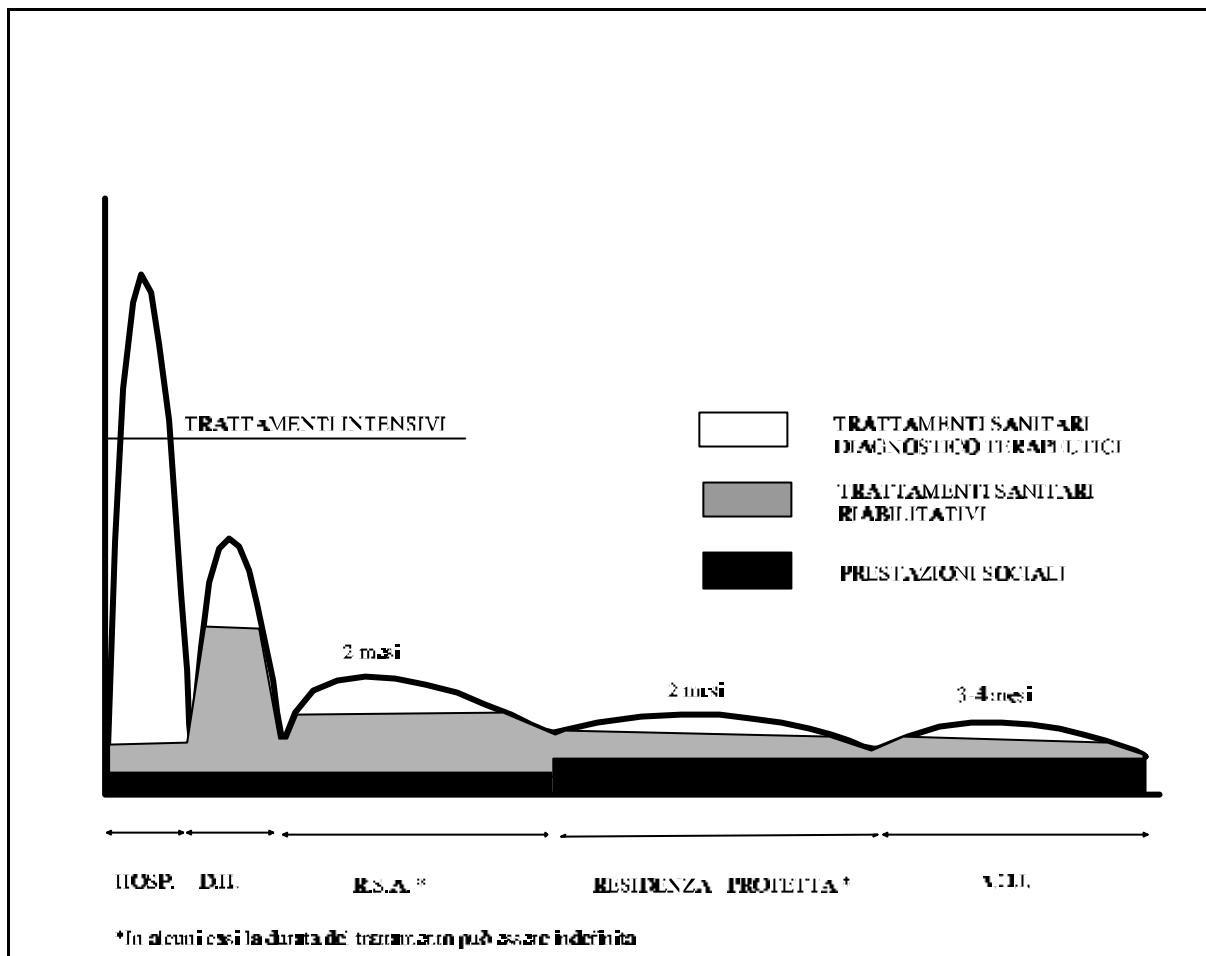
### ***La connotazione della domanda ospedaliera***

Esplorando con maggior precisione la domanda ospedaliera degli anziani ultrasessantacinquenni si evince che essa interessa prevalentemente l'area medica (cardiologia, pneumologia, lungodegenza, nefrologia, etc.). Su 28.900 ricoveri di anziani ultrasessantacinquenni solo circa 4.200 sono chirurgici.

A conferma di ciò il primo DRG chirurgico che si incontra fra i primi 20 DRG più frequenti si colloca al 12° posto e attiene "l'ernia inguinale e femorale".

Gli interventi chirurgici hanno dunque una incidenza del 14% sulle cause di ricovero; di questi circa la metà interessano il cristallino (8%), il restante (6%) l'ernia inguinale.

Il tasso di ritorno (considerando solo il secondo ricovero) per pazienti ultrasessantacinquenni risulta essere del 26,7% sul totale dei ricoveri. Si evidenziano andamenti significativi negli ospedali di Marsciano (32%) e Terni (29,8%). Nella Azienda Ospedaliera di Terni più del 10% sul totale dei ricoveri riguardano anziani ultrasessantacinquenni ricoverati per la seconda volta. A tale riguardo si potrebbe ipotizzare un deficit nel sistema dei servizi territoriali che induce un maggior ricorso all'ospedalizzazione delle persone anziane.



Prima di passare alla descrizione della proposta vera e propria è opportuno fare una breve riflessione sui rapporti che legano tra loro le prestazioni sanitarie (di diagnosi, cura e riabilitazione) con quelle sociali nelle varie sedi in cui ciò si verifica. La figura soprariportata tenta di illustrare graficamente questi concetti. L'asse delle Y esprime l'intensità della prestazione, mentre quello delle X i tempi. In particolare si può notare come per un ricovero ospedaliero la durata temporale sia alquanto ristretta, corrisponde infatti alla durata della degenza media (7-10 gg), con un'intensità molto elevata soprattutto nelle unità di area critica ove si praticano trattamenti intensivi. Nel ricovero ospedaliero ordinario invece trovano poco spazio i trattamenti riabilitativi e le prestazioni di tipo sociale. La curva relativa al Day Hospital, trattandosi di popolazione anziana, è stata attribuita in maniera prevalente alla riabilitazione. Nel caso delle RSA, delle Residenze protette e dell'Assistenza Domiciliare Integrata i valori delle variabili si ribaltano ed assumono un consistente allungamento nei tempi. Da questa immagine dovrebbe derivare una riflessione critica sul significato dell'ospedalizzazione a domicilio soprattutto per l'aspetto relativo all'intensità delle cure. Un'altra riflessione importante deriva dalla constatazione che la popolazione anziana bisognosa di cura, in assenza delle soluzioni intermedie, sia di fatto costretta a collocarsi ai due estremi dello spettro (ospedale e domicilio), privilegiando il polo ospedaliero.



### **5.1.2.3 L'assetto organizzativo propedeutico all'ipotesi programmatoria**

*a) Gli organismi di valutazione del bisogno dell'anziano : l' U.V.G.*

#### ***Definizione***

L'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) è un mezzo con cui si realizza l'integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari. E' concepita come team interprofessionale che, a partire da un approccio multidisciplinare, pratica una valutazione estesa a tutte le dimensioni esistenziali del soggetto. In tal senso nessun componente ha tutte le risposte per tutte le domande; tutti i componenti dipendono, in qualche modo, dalla competenza altrui e ciò che si ottiene "dall'insieme", la valutazione multidimensionale (VMD), è superiore alla somma delle parti (valutazione monospecialistica). L'UVG utilizza appositi strumenti di valutazione, validati, standardizzati ed informatizzati, che nella fattispecie saranno univoci su scala regionale.

#### ***Composizione***

E' costituita da un nucleo fisso (comprensivo di medico specialista geriatra, infermiere professionale ed assistente sociale); e da un nucleo variabile, in rapporto ai bisogni, e comprensivo di diverse figure sanitarie e non (medico di medicina generale, medico specialista, fisioterapista, terapeuta occupazionale, psicologo etc.).

La funzione di coordinamento della UVG è affidata al medico geriatra.

#### ***Compiti e prestazioni***

L'UVG seleziona gli anziani che hanno necessità di assistenza continuativa in regime di ADI, Day Hospital riabilitativo, RSA, Residenza Protetta e Centro Diurno; formula piani assistenziali personalizzati, svolge le funzioni di assessment e management (presa in carico e gestione assistenziale).

L'UVG ha il compito di gestire il paziente geriatrico in maniera bidirezionale rispetto all'asse territorio-ospedale. In particolare indica la strategia dell'intervento basandosi costantemente su una valutazione multidimensionale dinamica:

*a livello di ospedale* programmando l'eventuale dimissione protetta, in stretta collaborazione con i servizi territoriali, per una adeguata allocazione del paziente volta ad impedire l'allungamento improprio della degenza e a fornire una risposta idonea al mutato stato di bisogno;

*a livello di territorio* filtrando la domanda di ospedalizzazione impropria ed incongrua, attivando le risorse della rete in raccordo con i servizi sociali. Interviene, quando richiesto, come organismo di consulenza nei confronti degli ospiti presenti nelle strutture residenziali pubbliche e private.

L'UVG dell'Azienda USL deve trovare collocazione sia nel territorio che nell'ospedale di riferimento all'interno di un modulo di geriatria nell'ambito dell'Unità Operativa di Medicina Generale (comprensivo del ricovero in regime di Day Hospital Diagnostico, Terapeutico e Riabilitativo).

La componente sociale della U.V.G. rappresenta la proiezione funzionale del settore sociale che fornisce lo specifico professionale ai diversi livelli assistenziali.

In relazione ai bacini di utenza, quantificabili sulla base della estensione del fenomeno della eterodipendenza, si individua come standard ottimale l'attivazione di una U.V.G. ogni 15.000 ultrasessantacinquenni. In fase di prima attuazione della presente linea guida si indica l'esigenza di dotare ogni Azienda USL di almeno una U.V.G.. Va inoltre considerato, ai fini organizzativi, che l'efficacia della U.V.G. è strettamente collegata alla dotazione, nel territorio dove opera, di una struttura minimale di rete di servizi per anziani.

b) *Il punto di accesso alla rete dei servizi socio-sanitari-assistenziali: Il Distretto Socio Sanitario*

### ***Aspetti strutturali***

Il Distretto Socio Sanitario rappresenta un'articolazione organizzativo-funzionale della Azienda USL avente una delimitazione territoriale e una comunità di riferimento.

Il Distretto costituisce un ambito di programmazione delle attività socio-sanitarie dove si realizza il più ampio livello di integrazione tra i diversi servizi che erogano le prestazioni sanitarie e tra questi ed i servizi socio-assistenziali in modo da consentire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni assistenziali della popolazione più anziana.

Il personale operante nel Distretto è costituito da una molteplicità di figure professionali (medico coordinatore, infermiere professionale, fisioterapista, assistente sociale medico di medicina generale, medico della continuità assistenziale ed altri eventuali specialisti). Tra il personale a professionalità sociale vanno considerati gli operatori del Comune e quelli del privato sociale che garantiscono, rispettivamente, sul territorio le prestazioni di natura socio-assistenziale e socio-sanitaria. Il volontariato organizzato e le famiglie completano il quadro delle risorse attivabili.

### ***Il modello funzionale***

Il Distretto non è semplicemente un "contenitore" di servizi territoriali ma funge da centro regolatore sul versante dei bisogni e su quello della rete dei servizi, nonché, rappresenta l'interfaccia tra i servizi ospedalieri (della USL e delle Aziende Ospedaliere) ed i servizi extraospedalieri. In altri termini il Distretto costituisce il punto di accesso alla rete dei servizi territoriali : residenziali, semi-residenziali e domiciliari. La proposta di attivazione di un qualsiasi servizio della rete dovrà essere inoltrata al Distretto dal Medico curante del paziente (anche su segnalazione dell'ospedale, oppure da altri soggetti quali la famiglia, i servizi sociali e le associazioni di volontariato).

In prima istanza l'équipe professionale del Distretto effettua la valutazione del caso che sulla base della complessità dei bisogni potrà essere preso in carico dalla UVG (Unità di Valutazione Geriatrica) che ne analizzerà i bisogni (assessment) per poi disporre i necessari interventi (management) avvalendosi dei servizi disponibili all'interno della rete per un'assistenza continuativa all'anziano bisognoso di cura. La complessità non è strettamente connessa al tipo di patologia presente o alla gravità della stessa, ma piuttosto è espressa da un insieme di variabili, prevalentemente di tipo funzionale (riduzione dell'autosufficienza), che determinano la caratterizzazione del caso come di interesse "geriatrico".

I criteri che l'OMS fornisce per qualificare il paziente geriatrico e differenziarlo da quello tradizionale sono i seguenti :

**la fragilità o instabilità** (come spiccata propensione allo scompenso omeostatico in presenza di eventi negativi di ordine patologico, socio-ambientale e psicologico) ;

**la comorbidità o polipatologia** (con la frequente presenza di forme morbose ad andamento cronico) ;

**l'elevato rischio** (o la presenza) **di deficit funzionali** (con perdita più o meno marcata dell'autonomia personale) ;

**l'età** : fragilità, comorbidità e i deficit funzionali, isolati od associati, aumentano in modo esponenziale dopo i 75 anni.

Qualora al "caso" non venga riconosciuta la "complessità geriatrica" l'équipe distrettuale potrà attivare, d'intesa con il medico curante, i servizi erogabili nell'ambito dell'Assistenza Domiciliare (AD) o avviarlo alla rete dei servizi sociali.

c) I servizi

**c.1) L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)**

L'assistenza domiciliare integrata trova la sua ragione nella linea anticustodialistica e di prevenzione del Progetto Obiettivo "Tutela della salute degli anziani".

Tale approccio culturale considera l'invecchiamento come processo che dura tutta la vita e restituisce una centralità al polo "ambiente di vita" con la conseguente dominanza dell'intervento a domicilio.

L'A.D.I. (assistenza domiciliare integrata) rappresenta il servizio socio-sanitario di base incaricato di rispondere a livello di domicilio, mediante un sistema complesso di prestazioni, a stati di bisogno multipli di tutti quei soggetti, che vivono, in via temporanea o permanente, una situazione di dipendenza, con l'obiettivo di promuovere e sostenere la qualità della vita degli anziani (ovviamente anche dei soggetti disabili); eliminare le istituzionalizzazioni ed i ricoveri impropri; favorire la deospedalizzazione.

In sintesi per A.D.I. si deve intendere un insieme coordinato di attività, a termine, di carattere sanitario e socio-assistenziale:

<i>interventi sanitari</i>	<i>Interventi socio-assistenziali</i>
- assistenza medica	- assistenza sociale
- assistenza medico specialistica	- assistenza domestica
- assistenza infermieristica	- assistenza abitativa
- assistenza riabilitativa	- assistenza economica
	- supporto psicologico e spirituale

rese al domicilio di soggetti, di qualsiasi età, eterodipendenti o di disabili secondo standard minimi di prestazione e secondo programmi individuali di assistenza definiti con il concorso delle diverse competenze professionali in sede di équipe di distretto. Il Distretto, configurato dalla normativa attuale come "polo di erogazione di tutte le attività socio-sanitarie a proiezione di comunità", rappresenta l'ambito intorno al quale organizzare e coordinare il servizio A.D.I. per tutti coloro che abitano nel territorio di riferimento e necessitano di aiuto. All'integrazione socio-sanitaria invece viene affidata la risposta di qualità, obiettivo portante dell'intervento A.D.I., collocabile nel punto di equilibrio fra risorse destinate al sanitario e risorse destinate al sociale. Per conseguire la dimensione funzionale ed operativa dell'integrazione socio-sanitaria si propone lo strumento del Protocollo fra USL e Enti competenti per territorio (Comune) con il quale definire le risorse, le modalità organizzative e le modalità di verifica. Le figure professionali che devono costituire il nucleo permanente del servizio A.D.I. sono:

*per la componente sanitaria:*

- V medico di famiglia dell'utente (responsabile sanitario del caso, informato e coinvolto nei piani assistenziali dell'UVG),
- V infermiere professionale,
- V terapeuta della riabilitazione;

*per la componente socio-assistenziale:*

- V assistenti sociali (con funzione di coordinamento e collegamento funzionale con altri servizi),
- V assistenti domiciliari.

Altre eventuali figure specialistiche saranno interessate sulla base delle necessità. In questo quadro può essere utilmente impiegato, in modo coordinato, l'apporto del volontariato. Il servizio dovrà contemplare momenti di coordinamento collegiale dell'équipe professionale per la programmazione degli interventi e la scelta delle strategie assistenziali; altresì, momenti di coordinamento operativo da affidare ai responsabili delle componenti professionali del nucleo permanente A.D.I.; momenti di coordinamento tra figure professionali diverse impegnate sul singolo caso e di collegamento funzionale con i servizi USL.

All'interno dell'organizzazione del lavoro occorre prevedere strumenti e risorse da dedicare allo sviluppo delle competenze come l'aggiornamento e la ricerca, nonché la possibilità di programmare incontri di verifica sul raggiungimento degli obiettivi.

### ***L'ammissione al servizio A.D.I.***

La richiesta di A.D.I., proposta dal Medico curante (MMG), può essere avanzata da ogni soggetto interessato (singolo operatore, servizi di assistenza geriatrica, cittadino, ecc.).

L'accoglimento della domanda è subordinata ad una ricognizione sulla condizione sanitaria e sullo stato sociale, sulla condizione abitativa ed economica dell'anziano. L'ammissione al servizio dipende dalla valutazione tecnica operata secondo i criteri dettati dalla UVG e sempre in stretta collaborazione con il medico curante.

Tutte le notizie relative al caso saranno registrate sulla cartella individuale.

La decisione amministrativa d'ammissione al servizio spetta al Responsabile del Distretto in accordo con il servizio sociale, coerentemente al carattere interdisciplinare della valutazione e della personalizzazione dell'intervento.

### ***Standard assistenziali A.D.I., previsti dal Progetto Obiettivo Nazionale***

Sulla base delle indicazioni del P.O. le prestazioni dell'assistenza domiciliare integrata dovranno articolarsi nell'arco della settimana comprendendo, se necessario, anche le giornate festive, secondo i seguenti standard minimi individuali:

V 140 ore annue di assistenza domiciliare di tipo socio-assistenziale,

V 100 ore di assistenza infermieristica,

V 50 ore di assistenza riabilitativa,

V 50 accessi del medico di medicina generale,

V 8 consulenze medico specialistiche e di altri operatori.

La traduzione di detti standard in termini di personale porta, per il servizio A.D.I., ai seguenti valori di riferimento:

V un assistente domiciliare ogni 10 anziani,

V un infermiere professionale ogni 14 anziani,

V un terapeuta della riabilitazione ogni 50 anziani.

L'obiettivo assistenziale indicato nel piano nazionale, per il quinquennio 91 - 95 ed assunto in sede di programmazione regionale, è pari al 2% degli anziani ultra 65 anni non autosufficienti, parzialmente autosufficienti ed a rischio d'invalidità. Mentre i costi per assistito vengono computati in L. 12,4 milioni su base annua al 1991, dei quali 9 (73 %) per interventi sanitari da imputare al FSR e 3,4 (27 %) per interventi socio-assistenziali, da imputare al bilancio sociale degli enti locali.

Ferma restando l'incidenza percentuale delle componenti sanitaria e sociale, il costo in valore assoluto, per un posto in ADI, va rivalutato sulla base dell'incremento annuale degli indici ISTAT.

### ***Strumenti per la descrizione, la valutazione e la verifica dell'ADI***

Ad ogni fase del processo di lavoro si deve far corrispondere uno strumento tecnico che consenta la costruzione personalizzata dell'intervento. Si indicano nell'ordine:

- a) la ***Cartella A.D.I.***, utilizzata per la formulazione del bisogno e la definizione del progetto terapeutico; ha le caratteristiche di "Cartella aperta" in quanto accoglie l'apporto di diversi professionisti impegnati nel progetto;
- b) la ***Cartella di Servizio***, utilizzata per la definizione e l'assegnazione dei compiti all'assistente domiciliare; consente, inoltre, il riepilogo orario mensile dell'assistenza domiciliare effettuata corrispondendo ad esigenze di carattere amministrativo.

A complemento di questi strumenti è opportuno predisporre, a cura degli operatori sanitari, un "***diario***" da utilizzare al domicilio del paziente ove annotare tutti gli interventi di natura infermieristica in attesa dell'adozione di un protocollo infermieristico unificante tipologie e modalità d'intervento.

#### **c.2) La residenzialità socio-sanitaria**

Nell'ambito della residenzialità socio-sanitaria sono previste due tipologie di accoglienza con diverso grado di intensità sanitaria ed assistenziale e con una temporalità di erogazione del servizio diversificata.

Queste strutture corrispondono alla Residenza Sanitaria Assistenziale ed alla Residenza Protetta. Entrambe sono dei presidi extraospedalieri socio-sanitari integrati. La RSA è organizzata secondo le indicazioni del DPCM 22/12/89 ed ha maggior rilievo dal punto di vista sanitario; la Residenza Protetta invece garantisce trattamenti sanitari e socio-assistenziali di base.

Si tratta di strutture che possono essere a gestione pubblica, privata o mista.

L'utenza è costituita prevalentemente da anziani non autosufficienti, totalmente o parzialmente, bisognosi di cure sanitarie continuative e non altrimenti assistibili al proprio domicilio.

Ad ognuna di queste strutture può essere annesso un Centro Diurno di assistenza socio-sanitaria integrata per anziani non autosufficienti bisognosi di programmi di riabilitazione e socializzazione in regime semiresidenziale.

La richiesta di ingresso nelle residenze può provenire da ogni soggetto interessato (singolo operatore, servizi di assistenza geriatrica, medico di medicina generale, servizi sociali, cittadino, ecc.).

L'accoglimento della domanda è subordinata ad una ricognizione sulla condizione sanitaria, sullo stato sociale, sulla condizione abitativa ed economica dell'anziano. L'ammissione al servizio dipende dalla valutazione tecnica operata secondo i criteri dettati dalla UVG in stretta collaborazione del Medico curante .

L'accettazione in via amministrativa è disposta dalla struttura del P.O.A. dell'Azienda USL.

I servizi residenziali forniscono le seguenti prestazioni :

- V Assistenza diretta alla persona ;
- V Assistenza tutelare diurna e notturna ;
- V Servizio alberghiero ;
- V Assistenza sanitaria (medicina generale, prestazioni specialistiche, infermieristiche, riabilitative, protesiche e farmaceutiche) ;
- V Assistenza sociale ;
- V Attività riabilitativa ;

V Attività occupazionali, ricreative e culturali.

Ogni residenza, pubblica o privata, deve dotarsi di un regolamento interno (predisposto dalla direzione della struttura sentite le Organizzazioni Sindacali dei pensionati e le Associazioni di Volontariato che tutelano la salute del cittadino) da esporsi, così come devono essere pubbliche le prestazioni fruibili dagli ospiti, le tariffe praticate e la lista di attesa.

Gli accessi relativi alle residenze pubbliche e private convenzionate avvengono secondo una lista di attesa redatta, in ordine cronologico, dall'apposita *struttura* prevista per ogni Azienda USL, per il coordinamento programmatico ed il monitoraggio del presente documento, in base alla data di presentazione della domanda ed indipendentemente dalla allocazione dell'utente al momento della valutazione della UVG (ospedale, altra residenza o domicilio). La predetta lista è aggiornata in tempo reale e resa disponibile per la visione a tutti coloro che ne facciano richiesta.

Questa modalità tende ad assicurare a tutti gli utenti un pari trattamento e ad impedire gli eventuali tentativi di scavalco delle procedure per ottenere l'accesso attraverso o una iniziale breve ammissione nell'ospedale per acuti o un ricovero temporaneo in strutture riabilitative. Inoltre sarà definita una procedura per gli accessi quando le necessità dell'utente dovessero ricadere "nell'emergenza" (riconosciuta oggettivamente dall'UVG).

L'utente, posto in lista di attesa, potrà optare per posti residenziali tra strutture di pari livello.

Ai fini della valutazione delle attività sanitarie, socio-sanitarie ed alberghiere delle strutture la direzione della residenza adotta il metodo della VRQ (Verifica e Revisione della Qualità) sulla base delle indicazioni contenute nel documento predisposto dal Consiglio Sanitario Nazionale, all'interno del gruppo di lavoro per i programmi finalizzati alla tutela della salute degli anziani (determinazione Ministro della Sanità 14/2/91).

Nelle pagine che seguono si riportano le schede riassuntive delle caratteristiche strutturali ed organizzative delle residenze socio-sanitarie extraospedaliere che costituiscono la costellazione dei servizi sociali a rilievo sanitario facenti capo al comparto sanità. Questi servizi usufruiscono, per la componente sanitaria, della quota di finanziamento del Fondo Sanitario Regionale destinata alle attività di prevenzione, cura, e riabilitazione effettuate sia con personale del SSR, sia con personale dipendente delle strutture residenziali.

## RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (RSA)

UTENZA	Anziani non autosufficienti bisognosi di cure sanitarie continuative, non assistibili al domicilio ed anziani provenienti dall'ospedale dopo un evento patologico acuto e/o episodio di riacutizzazione della malattia.
DURATA DEL RICOVERO	<p>Permanente per : pazienti cronico degenerativi; pazienti dementi; pazienti terminali (max 5%, previsto nell'ambito del nucleo per cronico degenerativi).</p> <p>Temporaneo (almeno 30% dei posti) per : soggetti bisognosi di trattamenti riabilitativi e terapeutici in fase post acuta (dimessi dall'Ospedale); riduzione del carico assistenziale sulla famiglia (<i>respite recovery</i>).</p>
FUNZIONE PREVALENTE	Miglioramento dello stato di salute. Stimolazione e mantenimento dei livelli di autonomia, anche residuale, del soggetto. Riabilitazione globale finalizzata ad ottenere un recupero che consenta il ritorno al domicilio o l'inserimento in una struttura a minore intensità assistenziale. Nursing per malati terminali.
LOCALIZZAZIONE	In zona già urbanizzata, integrata con il preesistente contesto e collegata mediante mezzi pubblici a centri urbani. E' importante la presenza di spazi verdi da adibire ad attività motorie e ricreative. La residenza può essere collocata in unico immobile o in immobili distribuiti, purché aggregati o aggregabili.
CAPACITA' RECETTIVA	Ogni struttura ha una recettività variabile da 20 a 60 posti. L'unità di base è il nucleo composto di 10-20 posti per non autosufficienti e di 10-15 posti per dementi, secondo la gravità dei soggetti. L'aggregazione di nuclei per dementi deve essere contenuta entro una capacità recettiva di 40 posti.
PERSONALE	<p><i>Si indicano la dotazione e gli standard di personale per una RSA "tipo" da 40 posti e nuclei a tipologia di utenti "pura":</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 medico specialista in geriatria responsabile della organizzazione sanitaria e presente giornalmente: nucleo cronico degenerativi 7 h/sett. (standard 1/200), nucleo demenze 5 h/sett. (standard 1/280) e nel caso di un numero inferiore di ospiti è necessario garantirne comunque la presenza giornaliera;</li> <li>• 1 medico per l'assistenza medica di base, dipendente (20 h/sett., standard 1/72, nucleo cronico degenerativi; 15 h/sett., standard 1/96, nucleo dementi) o convenzionato con la medicina generale (secondo lo standard previsto nel II Accordo Regionale con i MdMG di cui alla DGR 2 Maggio 1997 n° 2590), presente giornalmente. Durante le ore di non presenza dei medici della struttura, salvo quelle coperte dall'attività di continuità assistenziale, gli stessi si attiveranno per fornire un servizio di turni di disponibilità, concertati tra di loro;</li> <li>• 1 medico specialista fisiatra (dipendente o convenzionato): nucleo cronico degenerativi, 6h/sett. (standard 1/360) ;</li> <li>• 1 infermiere professionale abilitato a svolgere funzioni direttive (standard 1/120);</li> <li>• infermieri professionali (presenti in turno nelle 24 ore) secondo i seguenti standard: 1/6,7 ospiti, nucleo cronico degenerativi; 1/15</li> </ul>

	<p>ospiti, nucleo demenze*;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• terapisti della riabilitazione secondo i seguenti standard : 1/20 ospiti, nucleo cronico degenerativi; 1/60 ospiti, nucleo demenze;</li> <li>• terapisti occupazionali secondo i seguenti standard: 1/40 ospiti, nucleo cronico degenerativi ; 1/180 ospiti, nucleo demenze;</li> <li>• 1 assistente di base coordinatore (standard 1/120 ospiti);</li> <li>• addetti all'assistenza (presenti in turno nelle 24 ore) secondo i seguenti standard : 1/ 2,5 ospiti, nucleo cronico degenerativi; 1/ 1,5 ospiti, nucleo demenze;</li> <li>• 1 responsabile, con profilo professionale non medico a cui compete la direzione organizzativa ed alberghiera (standard 1/60), più altro personale amministrativo di supporto secondo esigenze;</li> <li>• Altri operatori **.</li> </ul>
<p>REQUISITI EDILIZI :</p> <p>Area residenziale Area di servizio, Laboratori e Spazi per le attività sociali</p>	<p>Gli standard edilizi, dimensionali e qualitativi sono quelli previsti dal DPCM 29/12/1989*** per la realizzazione di strutture residenziali per anziani non autosufficienti.</p> <p>Camere da 1 a 2 letti e servizi igienici a norma del DPR 384/78***.</p> <p>Da collocare preferibilmente in un'area di servizi socio-sanitari a ciclo diurno aperta anche alla fruizione della popolazione esterna, finalizzata al mantenimento dell'equilibrio psichico, emotivo e funzionale dell'ospite.</p> <p>Si rinvia al DPCM 22/12/89*** (G.U. n° 2/90) per quanto concerne l'articolazione delle residenze, gli standard dimensionali, la fruibilità degli spazi, la concezione architettonica degli spazi, la sicurezza e la riservatezza.</p>

\* Per le ore in cui l'infermiere non è presente, qualora il nucleo fosse unico, va attivata la pronta disponibilità anche tramite il personale in carico al Distretto di riferimento.

\*\* Assistente sociale, logopedista, psicologo, podologo, parrucchiere, animatore del tempo libero, assistente religioso, autista, cuoco e personale ausiliario addetto alle pulizie e ai servizi generali variabili in base all'organizzazione della RSA (completamente autonoma, funzionalmente legata ai servizi distrettuali, al servizio ospedaliero etc.).

\*\*\* e successive modificazioni intervenute dalla normativa nazionale.



## RESIDENZA PROTETTA

UTENZA	Anziani non autosufficienti non bisognosi di cure sanitarie continuative e non altrimenti assistibili al proprio domicilio.
DURATA DEL RICOVERO	Permanente o Temporaneo ( <i>respite recovery</i> ).
FUNZIONE PREVALENTE	Garantire il massimo grado di autonomia possibile in ambiente controllato e protetto. Qualora l'ospite perda del tutto o in parte la residua autosufficienza è garantita la continuità assistenziale.
LOCALIZZAZIONE	In zona già urbanizzata integrata con il preesistente contesto o collegata mediante mezzi pubblici a centri urbani. E' importante la presenza di spazi verdi da adibire ad attività motorie e ricreative. La residenza può essere collocata in un unico immobile o in immobili distribuiti, purché aggregati o aggregabili.
CAPACITA' RECETTIVA	Ogni struttura ha una recettività variabile da 20 a 60 posti. L'unità di base è il nucleo composto da 10-20 posti.
PERSONALE	<p><i>Si indicano la dotazione e gli standard di personale per una Residenza Protetta "tipo" da 40 posti:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 medico, di norma convenzionato con la medicina generale, particolarmente qualificato per l'assistenza agli anziani, con responsabilità organizzativa e di Direzione Sanitaria della struttura, più altri Medici di M.G., secondo lo standard previsto nel II Accordo Regionale dei M.d.M.G. - DGR 2 Maggio 1997 n°2590. Durante le ore di non presenza dei medici della struttura, salvo quelle coperte dall'attività di continuità assistenziale, gli stessi si attiveranno per fornire un servizio di turni di disponibilità concertati tra di loro;</li> <li>• 1 infermiere professionale abilitato a svolgere funzioni direttive (standard 1/180);</li> <li>• infermieri professionali (presenti in turno nelle 24 ore) secondo il seguente standard : 1/15 ospiti *;</li> <li>• terapisti della riabilitazione secondo il seguente standard : 1/30 ospiti bisognosi di terapia riabilitativa;</li> <li>• animatori per le attività di socializzazione secondo il seguente standard: 1/40 ospiti;</li> <li>• 1 assistente di base coordinatore (standard 1/180 ospiti);</li> <li>• addetti all'assistenza (presenti in turno nelle 24 ore) secondo il seguente standard : 1/3,3 ospiti;</li> <li>• 1 responsabile amministrativo (standard 1/60), più altro personale amministrativo di supporto secondo esigenze;</li> <li>• altro personale **.</li> </ul>
REQUISITI EDILIZI :	<p><i>Spazi privati</i> : camere da 1 letto (min. 12 mq) e da 2 letti (min. 18 mq) con servizi igienici a norma DPR 384/78***.</p> <p><i>Spazi collettivi e per servizi</i> : le sale da pranzo devono essere poste al piano terra; almeno 2 dei servizi igienici devono essere conformi al DPR 384/78***; ogni 15-20 utenti deve essere garantito un bagno assistito (vasca isolata su 3 lati con sollevatore e maniglioni); la cucina deve rispondere ai requisiti del DPR 327/80*** e può anche</p>
La superficie totale utile, compresi i servizi e gli spazi collettivi, per ogni ospite è fissata in almeno 26 mq.	

	<p>essere previsto un cucinotto al piano; i corridoi e le rampe devono consentire il transito agevole di carrozzelle, presidi di deambulazione e personale. In base alla recettività dovranno essere previsti: guardaroba, stileria, lavanderia, dispense, magazzini, ambulatorio medico e locali per servizi tecnici.</p> <p><i>Requisiti particolari</i> : La Residenza protetta deve essere in regola con la normativa vigente in materia di eliminazione di barriere architettoniche e per le nuove realizzazioni non è ammesso il servoscala in alternativa all'ascensore.</p>
--	---

\* Per le ore in cui l'infermiere non è presente, nelle strutture con un numero inferiore di ospiti, va attivata la pronta disponibilità anche tramite il personale in carico al Distretto di riferimento.

\*\* Assistente sociale, logopedista, psicologo, podologo, parrucchiere, assistente religioso, autista, cuoco e personale ausiliario addetto alle pulizie e ai servizi generali variabile in base all'organizzazione della Residenza (completamente autonoma, funzionalmente legata ai servizi distrettuali etc.).

\*\*\* e successive modificazioni intervenute dalla normativa nazionale.

### CENTRO DIURNO

UTENZA	Anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti bisognosi di programmi di riabilitazione globale, di mantenimento e di socializzazione.
DURATA DELLA PRESA IN CARICO	A ciclo diurno (fino ad un massimo di 12 ore) in regime semi residenziale (5 giorni a settimana), per periodi di tempo non superiori ai 4 mesi quando sia previsto il turnover degli utenti.
FUNZIONE PREVALENTE	Sostegno ed aiuto agli anziani; supporto alle famiglie in difficoltà organizzative e relazionali.
LOCALIZZAZIONE	In centro abitato con facilità di accesso ai servizi sociali e sanitari pubblici. E' importante la presenza di spazi verdi da adibire ad attività motorie e ricreative. La struttura può essere annessa anche ad altra struttura residenziale in modo da utilizzare spazi e servizi già esistenti.
CAPACITA' RECETTIVA	Ogni struttura ha una recettività massima di 20 posti.
PERSONALE	<p><i>Si indicano la dotazione e gli standard di personale per un Centro Diurno "tipo" da 20 posti :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 responsabile di professionalità sociale (standard 1/20);</li> <li>• 1 animatore per le attività di socializzazione (standard 1/40);</li> <li>• addetti all'assistenza secondo il seguente standard : 1/4 con ospiti assimilabili al paziente cronico degenerativo; 1/2 con ospiti assimilabili al paziente demente di grado lieve-medio ;</li> <li>• 1 terapeuta della riabilitazione a tempo parziale (in base ai piani di intervento formulati nell'ambito delle attività della UVG, integrata dal fisiatra) ;</li> <li>• 1 terapeuta occupazionale (standard 1/40 ospiti);</li> <li>• per l'assistenza infermieristica si fa riferimento al Distretto, salvo i Centri Diurni annessi ad altre strutture residenziali che possono avvalersi di organici propri ;</li> <li>• per le prestazioni di medicina generale si fa riferimento al medico curante dell'utente che avrà libero accesso alla struttura ;</li> <li>• altro personale *</li> </ul>

<b>REQUISITI EDILIZI :</b>	Spazi interni corrispondenti a 12 mq per ospite con distinzione tra : soggiorno, refezione ed attività varie. Due servizi igienici di cui uno per disabili (DPR 384/78)**. Tali parametri devono ritenersi aggiuntivi se il Centro Diurno risulta annesso ad altra struttura. Tali spazi possono essere utilizzati in comunione con l'utenza della residenza sociosanitaria cui il Centro è collegato.
----------------------------	--

\* Cuoco, autista, personale ausiliario addetto alle pulizie e ai servizi generali variabile in base all'organizzazione del Centro Diurno.

\*\* e successive modificazioni intervenute dalla normativa nazionale.

### ***Disposizioni per le strutture già esistenti***

Con un apposito atto la Giunta Regionale dovrà formulare una disciplina transitoria per le strutture già esistenti. In particolare deroghe potranno essere concesse per :

V le strutture assistenziali esistenti da riconvertire o ristrutturare ;

V le strutture per cui è già programmato il finanziamento (art. 20 L. 67/88), conformi al DPCM 22/12/89;

V i presidi ospedalieri da riconvertire.

Tali deroghe riguarderanno gli aspetti edilizi e strutturali, la capacità recettiva (ferma restando l'articolazione per moduli), la densità abitativa (max 3 posti letto per camera), la localizzazione, la distribuzione dei servizi e la fruibilità degli spazi.

Le deroghe saranno concesse, caso per caso, dall'Autorità Comunale acquisito il parere della Azienda USL territorialmente competente.

I progetti per l'adeguamento dovranno essere presentati entro un termine da stabilirsi nell'atto di Giunta Regionale.

La realizzazione delle opere dovrà essere effettuata entro un termine massimo di 12 mesi dall'approvazione del progetto.

### **c.3) La residenzialità sociale**

Di seguito, invece, viene indicata l'offerta di servizi più propri del comparto sociale, la cui titolarità spetta ai comuni, indispensabili ed interdipendenti ai fini della creazione di un circuito virtuoso di residenzialità extraospedaliera.

Per le residenze di tipo sociale, che sono illustrate nelle tabelle successive, si utilizza la seguente nomenclatura: Comunità Alloggio (gruppo appartamento) e Casa Famiglia.

Entrambe queste tipologie di residenzialità propongono soluzioni di convivenza sociale assimilabili alla convivenza familiare.

#### **GRUPPO APPARTAMENTO**

Definizione	Unità abitativa di piccole dimensioni (appartamento), pubblica o privata che configura una soluzione abitativa di tipo comune, autogestita dai fruitori e promossa nell'ambito delle politiche assistenziali locali attraverso l'azione mediatrice dei servizi sociali del Comune.
Destinatari	Anziani autosufficienti non bisognosi di assistenza sanitaria specifica.
Finalità	Contrastare condizioni di isolamento e di solitudine; favorire la mutualità e la

	socialità.
Localizzazione	Di norma in centro abitato e in unità residenziali e/o condominiali servite da mezzi pubblici.
Capacità recettiva	Non deve eccedere i 4 posti.
Standard	Comune abitazione priva di barriere architettoniche. Autorizzata dal Sindaco.

### CASA FAMIGLIA

Definizione	Unità abitativa di piccole dimensioni (appartamento), pubblica o privata che configura una soluzione abitativa di tipo comune autogestita dai fruitori, con l'appoggio esterno dei servizi distrettuali, e promossa nell'ambito delle politiche assistenziali locali attraverso l'azione mediatrice dei servizi sociali.
Destinatari	Anziani autosufficienti bisognosi di supporto assistenziale.
Finalità	Sostenere una dimensione di vita autonoma, garantendo protezione e favorendo lo scambio sociale ed umano.
Localizzazione	Di norma in centro abitato e in unità residenziali e/o condominiali servite da mezzi pubblici.
Capacità recettiva	non deve eccedere i 4 posti e può essere organizzata per nuclei, all'interno di una stessa unità strutturale, fino ad un massimo di 5 (20 posti).
Standard: nucleo base	Comune abitazione priva di barriere architettoniche. Cucina 12 mq, Camere : 1p.l. 10 mq, 2 p.l. 16 mq ; due bagni (di cui uno "di servizio"). Sala da pranzo e soggiorno (8 mq / p.l.). Per il supporto assistenziale si fa riferimento agli operatori dell'assistenza del Distretto. Va attivato, inoltre, il servizio di teleassistenza.

#### c.4) I costi della residenzialità sociosanitaria

Alla determinazione del costo dei servizi e presidi integrati sanitari-assistenziali, residenziali, semiresidenziali, a favore di anziani non autosufficienti concorrono costi derivanti da prestazioni: sanitarie, socio-assistenziali a rilievo sanitario e socio-assistenziale.

Le quote vengono determinate con specifici atti della Giunta Regionale.

### RESIDENZA PROTETTA e RSA

#### **Medicina generale :**

durante il ricovero, temporaneo o definitivo, in RSA ed in Residenza Protetta viene "congelata" la scelta del Medico di famiglia originario, se questi non opera nella struttura stessa, con sospensione della quota capitaria.

#### **Assistenza farmaceutica e specialistica:**

durante la degenza in RSA e in RP vige l'esenzione su prestazioni farmaceutiche, diagnostiche e terapeutiche.

#### **Protesi :**

per tutte le tipologie di residenzialità sociosanitaria sono a carico del SSN a norma del Nomenclatore Tariffario Unico.

**Assistenza sanitaria:**

per l'ospitalità in RSA la quota sanitaria a carico del FSR è per soggetti *cronico degenerativi* pari al 79 % della retta complessiva in applicazione delle "Linee Guida 1/94" del Ministero della Sanità, mentre per soggetti *dementi* è pari all'82% della retta complessiva in applicazione della sopra citata Linea Guida.

Per l'ospitalità in Residenza Protetta la quota sanitaria prevista è pari al 70 % della retta complessiva.

**Assistenza alberghiera e sociale :**

La quota sociale giornaliera per l'ospitalità in RSA, per soggetti *cronico degenerativi e dementi*, è a carico, totalmente o parzialmente, dell'assistito (o dei familiari obbligati per legge) in base al suo reddito. Gli ospiti che beneficiano dell'indennità di accompagnamento sono tenuti a corrispondere alla struttura l'intera quota di detto assegno, quale contributo per la spesa alberghiera e sociale. Nel caso in cui la quota sociale non possa essere posta, totalmente o parzialmente, a carico dell'utente (o dei familiari obbligati per Legge), il Comune di residenza provvede ad integrarla fino alla completa copertura.

**All'ospite deve comunque essere conservata una disponibilità di reddito non inferiore a L. 300.000 mensili.**

**Assistenza ai pazienti in dimissione protetta :**

Nei casi in cui il paziente da inserire in RSA, dimesso anticipatamente dall'ospedale e qualificato dall'UVG come "post-acuzie", è garantita dal SSR l'intera copertura dei costi in RSA per un periodo massimo di 60 giorni.

## CENTRO DIURNO

Per gli anziani in trattamento presso il Centro Diurno non si applicano le condizioni e le esenzioni previste per gli ospiti delle RSA e delle Residenze Protette relativamente a: **medicina generale, specialistica e assistenza farmaceutica** (a meno che non ne abbiano i diritti).

Per **l'assistenza alberghiera e sociale** è prevista una compartecipazione dell'utente, o percentualmente dei familiari obbligati per legge o dell'ente locale, in ragione del reddito, fino ad una quota massima di L. 16.000 giornaliera.

### 5.1.2.4. La formazione del personale

Nell'attività di produzione dei servizi sociosanitari la qualità professionale entra direttamente nella qualità del processo e del prodotto, costituito quest'ultimo da una elevata componente immateriale. Ne consegue che la riuscita di questa linea progettuale incentrata sull'idea di "Qualità dell'esistenza" è fortemente collegata alla competenza, alla motivazione, alla capacità relazionale e non semplicemente alla "abilità tecnica" del personale impegnato nei servizi. Per sviluppare una cultura della qualità dei servizi è opportuno coinvolgere tutti gli operatori interessati attraverso un processo costante di formazione, ricerca, sperimentazione. Le figure destinatarie dell'intervento formativo sono rappresentate dai componenti delle UVG, dalle équipes professionali del Distretto SS, dai medici di medicina generale, dagli operatori dei servizi socio assistenziali degli Enti Locali, dagli operatori del privato sociale e del volontariato.

Per la messa a punto dei percorsi formativi si prevede il coinvolgimento diretto dell'Università degli Studi di Perugia ed in particolar modo dell'Istituto di Geriatria e Gerontologia.

Gli argomenti oggetto di trattazione saranno diversificati nei contenuti e nella metodologia didattica a seconda del target del programma formativo. Un'area trasversale di tale programma dovrà riguardare: il lavoro in équipe, la gestione delle comunicazioni, ruoli, responsabilità, controllo di qualità e monitoraggio degli interventi.

Tra gli obiettivi formativi dovrà essere preso in considerazione anche quello volto alla produzione di un "manuale" divulgativo ed al contempo operativo (specifica informazione sulla rete dei servizi e protocolli).

Ulteriori azioni formative possono essere attivate anche in favore delle persone anziane con l'obiettivo di sviluppare ed accrescere le capacità umane come processo in base al quale il soggetto si predispone ad affrontare i diversi periodi della vita, a capire ed a dirigere il mutamento che accompagna l'evoluzione della persona attraverso l'età, ad imparare e programmare le proprie aspirazioni in base alle risorse disponibili.

#### **5.1.2.5. Gli elementi per la fattibilità progettuale**

##### **a) Il coordinamento programmatorio**

In attuazione della Legge Regionale di riordino delle funzioni socio-assistenziali i Comuni, singoli o associati, programmano prioritariamente secondo gli indirizzi assunti nella presente "linea guida di assistenza agli anziani".

Analogamente le Aziende USL provvedono all'attivazione, nei territori di riferimento, dei predetti servizi.

A tal fine ogni Azienda USL istituisce una apposita struttura per il coordinamento programmatorio ed il monitoraggio della presente Linea Guida.

##### **b) L'integrazione socio-sanitaria**

L'integrazione sociosanitaria è un fattore di efficacia qualitativa e prerequisito per il funzionamento degli organismi multiprofessionali (UVG).

Al fine di conseguire la necessaria integrazione fra servizi sociali e servizi sanitari, nonché l'unitarietà degli interventi, i Sindaci dei Comuni ricompresi nel territorio della Azienda USL stipulano convenzioni fra i soggetti interessati, ai sensi dell'art. 24 della L. 142/90, per l'attivazione, in ambiti territoriali concordati, di un servizio unico per il coordinamento e l'integrazione delle azioni assistenziali di natura sociale e sanitaria in favore delle persone anziane (servizio territoriale assistenza anziani).

A livello operativo l'integrazione socio-sanitaria viene assicurata mediante l'adozione di protocolli di lavoro.

##### **c) La partecipazione.**

E' prevista l'attivazione di almeno due momenti partecipativi:

- Comitato Consultivo misto, con la presenza delle associazioni sindacali, del volontariato, del mondo professionale e dell'Assessorato alla Sanità, per il supporto alle attività regionali di valutazione di qualità percepita e di verifica della accessibilità e sostenibilità del sistema residenziale di cui sopra.

- Comitato partecipativo di struttura, la cui attività viene definita nel regolamento di cui dovrà dotarsi ogni centro per anziani, sulla base di un regolamento tipo regionale.

### **5.1.3. Progetto Umbria Diabete**

Il Diabete Mellito è una patologia cronica causata dalla carenza assoluta o relativa dell'insulina che determina la presenza di livelli inappropriatamente elevati di glucosio nel sangue con una storia naturale che prevede la possibilità di complicanze acute e croniche. Per tale motivo la malattia diabetica è una malattia invalidante sia dal punto di vista fisico che psicologico. Il Diabete Mellito inoltre è una malattia di elevato costo sociale che incide in maniera rilevante sulle non illimitate risorse economiche disponibili per la sanità. Le conoscenze e gli strumenti diagnostici e terapeutici oggi disponibili sono in grado, se applicati correttamente, di ridurre in modo estremamente significativo gli effetti negativi di tale malattia sia in termini di salute che di costi sociali.

In Umbria il Piano SSR 1989-91 prevedeva l'Azione Programmata: Lotta Contro il Diabete nell'ambito della quale venivano indicati gli obiettivi e la struttura dell'intervento assistenziale in ambito diabetologico facendo riferimento alla Legge 115/87, ed ai principi della Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e della Federazione Internazionale del Diabete (IDF) esplicitati nella Dichiarazione di St Vincent.

Nel 1992 il Centro Regionale di Riferimento per la Malattia Diabetica, individuato nell'Istituto di Patologia Medica (ora Dipartimento di Medicina Interna e Scienze Endocrine e Metaboliche – D.I.M.I.S.E.M.) dell'Università degli Studi di Perugia proponeva un programma quadro per lo sviluppo di progetti operativi integrati denominati "Progetto Umbria Diabete" approvato dalla Giunta Regionale con delibera 4689 del 23.06.'92, di cui il presente atto vuole costituire l'aggiornamento per il triennio 1999-2001.

#### **5.1.3.1 Epidemiologia del Diabete**

##### *Aspetti generali*

Il Diabete Mellito ha una prevalenza che oscilla intorno al 3-5%.

La incidenza del Diabete Mellito Tipo 1 presenta una notevole difformità legata a fattori razziali o geografici, con valori che oscillano per l'Europa tra 30 casi/100.000 persone anno in Finlandia e 5-6 casi/100.000 persone/anno in Grecia.

Il Diabete Mellito Tipo 2 presenta nei paesi occidentali una prevalenza che oscilla intorno al 5% (5% in Europa, 7% in USA) ed una incidenza di 23 nuovi casi per 10.000 persone per anno. Tale incidenza aumenta se si prendono in considerazione le fasce di età più avanzata: 58,5 nuovi casi/1000 persone/anno per il gruppo di età 55-64 anni e 48,6 nuovi casi /1000 persone/anno per il gruppo di età > 65 anni.

Utilizzando i dati presenti nella letteratura mondiale si stima il numero totale dei diabetici in 111 milioni di pazienti di cui circa 99 milioni di Tipo 2.

Rapportando tali dati con quelli di incidenza e prevalenza conosciuti che hanno mostrato come la malattia si sia triplicata negli ultimi 30 anni, si può stimare che nel 2010 la popolazione dei diabetici di Tipo 2 clinicamente manifesto salirà a 210 milioni di individui.

Inoltre si deve notare che a fronte di una prevalenza del 3-5% di casi noti, circa il 50% dei casi di Diabete Mellito Tipo 2 risulta non diagnosticato.

Sebbene non esista un dato unico della prevalenza del Diabete in Italia, utilizzando i dati riportati da varie esperienze locali, si può desumere una prevalenza della malattia sul territorio nazionale intorno al 3% con una stima di circa 2,5 milioni di individui affetti di cui 300.000 trattati con insulina.

I dati di incidenza relativamente al Diabete di Tipo 1 mostrano una discreta omogeneità in tutto il territorio variando da 4,71 a 10,1 casi/100.000 persone /anno ad eccezione della Sardegna dove l'incidenza è di circa 30,7 casi/100.000 persone/anno.

L'Istat ha rilevato che circa il 25% dei diabetici, pur essendo a conoscenza della propria condizione, dichiara di non seguire le indicazioni terapeutiche, collocando questa patologia tra quelle che hanno le più alte percentuali (relativamente alle altre malattie cronico-degenerative) di mancata adesione – dichiarata - ai trattamenti.

#### *Epidemiologia del diabete in Umbria*

Nel periodo 1985-1990 è stata condotta in Umbria, promossa dal Ministero della Sanità e realizzata in collaborazione tra l'Assessorato Regionale alla Sanità ed il Centro Regionale di Riferimento per la Malattia Diabetica, una indagine epidemiologica per valutare l'impatto della malattia diabetica nella nostra regione. A tal scopo è stata selezionata l'area campione corrispondente alla ULSS N° 5 di Foligno. I dati raccolti hanno permesso di individuare circa 2884 soggetti diabetici; la prevalenza del Diabete noto è risultata pari al 3,168% con una prevalenza del Diabete Mellito Tipo 1 dello 0,085%. L'incidenza del Diabete Mellito Tipo 1 era di 6,34 casi/100.000 persone/anno e quella del Diabete Mellito Tipo 2 di 229/100.000 persone/anno.

Una ulteriore e più recente ricerca svolta in collaborazione dal Centro Regionale di Riferimento per la Malattia Diabetica, l'Assessorato alla Sanità della Regione Umbria e gli Ordini dei Medici delle Province di Perugia e Terni, su tutto il territorio regionale ha evidenziato una prevalenza del 2,9% con una stima di circa 30.000 soggetti affetti da Diabete su tutto il territorio regionale.

#### *Complicanze.*

La malattia diabetica è gravata da alti tassi di mortalità e morbilità.

La *mortalità* nei diabetici è 2-3 volte più alta che nella popolazione non diabetica con una riduzione dell'aspettativa di vita di 7-10 anni. Il Diabete rappresenta il 17,2% delle cause di morte dopo i 25 anni ed ogni anno il 5,5% dei soggetti diabetici muore.

Nei diabetici la *morbilità e la mortalità per cardiopatia ischemica* sono 2 volte maggiori nei maschi e 4 volte nelle femmine rispetto alla popolazione non diabetica. La mortalità dopo infarto del miocardio è 2 volte più elevata nei diabetici che nei non diabetici, in rapporto ad una maggiore estensione dell'area infartuale e ad un danno cardiaco più diffuso di natura microangiopatica. L'infarto silente è una evenienza ritenuta abbastanza frequente nel Diabete mellito con neuropatia autonoma.

La *vasculocerebropatia* si presenta nei diabetici con una frequenza da 2 a 4 volte più elevata che nei non diabetici, assumendo anche un carattere di maggiore gravità.

La "*claudicatio intermittens*" è 4 volte più frequente nei diabetici di sesso maschile e 6 volte in quello femminile, rispetto alla popolazione non diabetica. Indagini epidemiologiche hanno dimostrato che il 50% circa delle amputazioni non traumatiche degli arti inferiori si verificano nei pazienti diabetici. Le amputazioni non traumatiche sono 40 volte più frequenti nei diabetici che nella popolazione generale.

La *nefropatia diabetica* rappresenta una delle cause più frequenti di ESRD (end-stage renal disease). In particolare, negli U.S.A. circa il 35% dei pazienti in uremia riconosce nella malattia diabetica la causa dell'insufficienza renale; in Europa tale incidenza è apparentemente ridotta (10-15%) anche se con diversità a seconda dell'area geografica. Seppure l'incidenza della nefropatia diabetica è di gran lunga superiore nel Diabete di Tipo 1 la numerosità dei pazienti con Diabete di Tipo 2 in E.S.R.D. è equivalente data la più alta numerosità di questa popolazione. Tra le complicanze croniche della malattia diabetica la nefropatia diabetica è quella di più frequente riscontro ed è quella che causa il maggior grado di morbilità e mortalità e comporta il maggiore costo socio-economico. L'incidenza di nefropatia diabetica è in funzione della durata di malattia diabetica con un massimo tra i 10 ed i 20 anni (4% all'anno). I dati relativi all'incidenza cumulativa mostrano nel Diabete di Tipo 1 dati percentuali pari al 20-25% dopo 15 anni



dall'insorgenza della malattia. Anche considerando i dati relativi alla prevalenza vi é un chiaro rapporto con la durata del Diabete (prevalenza globale pari al 20% circa dopo 20 anni) seppure con sostanziali differenze tra pazienti di Tipo 1 e Tipo 2 ( 25-30% vs 5-10% ). La insufficienza renale è 17 volte più frequente nei diabetici che nella popolazione generale.

*La neuropatia periferica* è una frequente complicanza del Diabete mellito. Indagini epidemiologiche eseguite negli ultimi anni in diverse nazioni e di recente anche in Italia hanno dimostrato che il 25-35% dei pazienti diabetici è affetto da questa patologia.

La malattia diabetica è responsabile del 15% di tutte le *cecità* (causa principale di cecità per cause non traumatiche). La cecità è 25 volte più frequente nei diabetici rispetto alla popolazione generale.

#### *Le complicanze del Diabete in Umbria.*

Il progetto Umbria Diabete nella sua prima fase di rilevazione epidemiologica ha mostrato la prevalenza e l'incidenza nella nostra regione per le complicanze prese in esame.

#### *A) Amputazioni*

Nel periodo 1991-1994 sono state rilevate 725 amputazioni non traumatiche di cui 371 in pazienti diabetici. La incidenza delle amputazioni nella nostra regione risultava di circa 400/100.000 soggetti diabetici. Delle amputazioni nei soggetti diabetici, un terzo erano amputazioni maggiori (di coscia) ed un altro terzo circa di gamba. La degenza media era calcolata per i soggetti diabetici di circa 28 giorni con 103 pazienti diabetici amputati il cui ricovero era maggiore di 35 giorni. Nei soggetti diabetici amputati è stato rilevato un numero di 19 decessi perioperatori.

#### *B) Ipertensione IMA Ictus*

Una analisi trasversale eseguita nel 1993 in collaborazione con 18 MMG distribuiti in 7 ULSS della regione, ha preso in esame 25973 soggetti che rappresentavano il 3,2 % della popolazione umbra.

La prevalenza della ipertensione arteriosa nella popolazione diabetica è risultata essere del 41 % nei diabetici di Tipo 2 e del 10,3% nei diabetici di Tipo 1.

Nella popolazione osservata la prevalenza di infarto del miocardio e dell'ictus cerebrovascolare era rispettivamente del 4 e del 6%, significativamente superiore rispetto alla popolazione generale. La ipertensione rappresentava un significativo fattore indipendente di rischio.

#### *C) Nefropatia*

In 7 centri diabetologici ospedalieri dell'Umbria sono stati sottoposti a screening tramite apposite schede di rilevazione 4380 pazienti diabetici di cui 750 di Tipo 1 e 3630 di Tipo 2.

Dalle analisi delle schede è emerso che circa il 17% dei pazienti con Diabete di Tipo 1 e il 16% dei pazienti con Diabete di Tipo 2 presenta una nefropatia conclamata sulla base o della presenza di una proteinuria quantitativa (Albustix + o proteinuria  $\geq 300\text{mg/l}$ ) o di una alterazione di valori di creatinina plasmatica.

Analizzando i dati relativi al rapporto albuminuria/creatinuria come espressione di una microalbuminuria e quindi di una nefropatia incipiente è emerso che circa il 20% dei diabetici di Tipo 1 e il 18% dei diabetici di Tipo 2 può essere definito come microalbuminurico.

Un altro dato saliente che emerge dalle schede è che circa il 70% dei pazienti con Diabete di Tipo 2 è in trattamento ipertensivo o è definibile come iperteso in base ai nuovi criteri di classificazione dell'ipertensione arteriosa.

#### *D) Gravidanza*

Per quanto riguarda la gravidanza nel periodo 1992-1993 è stata condotta una analisi nella USL di Assisi che ha evidenziato una prevalenza del Diabete mellito gestazionale del 7% e di intolleranza ai glicidi del 3%. Delle gravide diabetiche il 31% aveva effettuato parto cesareo, il 18% aveva partorito neonati macrosomici e nel 45% dei casi erano presenti altre complicanze.

Tali dati sembrano essere confermati dai risultati preliminari di uno studio epidemiologico in corso su tutto il territorio regionale attuato in collaborazione con la Clinica Ostetrica dell'Università di Perugia, i servizi di Diabetologia ed i punti nascita della Regione.

### **5.1.3.2 Costi della malattia diabetica**

#### *Stime dei costi causati dalla malattia diabetica*

Il Diabete è causa di importanti costi sanitari; è stato stimato che negli USA e nel Regno Unito la spesa per il Diabete sia pari al 6-10% del totale della spesa per l'assistenza sanitaria. I risultati di una ampia indagine americana hanno mostrato che la spesa, in termini di soli costi diretti, per il Diabete era pari all'11,9% della spesa sanitaria totale (86 miliardi di dollari/anno). Di questa il 63% era legato alle spese di ospedalizzazione (complicanze acute e croniche), il 22% alla assistenza ambulatoriale (specialistica e non) ed il 9% alla terapia ed ai presidi non farmacologici. La spesa annuale totale per le prescrizioni per ogni soggetto risulta 3 volte maggiore nei diabetici.

Oltre ai *costi diretti* la malattia diabetica determina costi indiretti elevatissimi (intesi come perdita di produttività principalmente) che in uno studio analogo al precedente rappresentavano il 51% della spesa totale per il Diabete. La mortalità precoce è responsabile per il 58% dei costi indiretti, la morbilità di breve durata del 18,5% e la morbilità di lunga durata del 24%. Le complicanze croniche della malattia diabetica rappresentano la fonte maggiore di spesa sia come costi diretti (50% del totale) che soprattutto in termini di costi indiretti (98%).

Una ulteriore voce di costo è il così detto *costo intangibile* cioè la riduzione della qualità della vita legata alla presenza del Diabete sia in termini generici di patologia cronica che di aspetti specifici legati alla malattia diabetica. La sua quantificazione in termini economici è estremamente difficile ed un tentativo è stato fatto introducendo le unità di misura QALY e DALY.

*Il piede diabetico* è un problema economico di vaste proporzioni, specie nel caso di amputazione, e ciò a seguito della prolungata ospedalizzazione, della riabilitazione e del crescente bisogno di assistenza a domicilio e di servizi sociali.

Negli USA il costo delle guarigioni di prima intenzione è stato stimato intorno ai 7.000-10.000 dollari. Il costo immediato di un'amputazione associata al piede diabetico si aggira intorno ai 30.000-60.000 dollari. Il costo a lungo termine (tre anni) per una iniziale amputazione si valuta attorno a 43.000-63.000 dollari, a seguito principalmente del crescente bisogno di assistenza domiciliare e di servizi sociali. Il costo corrispondente per individui con guarigione di prima intenzione oscilla fra i 16.000 ed i 27.000 dollari. Si aggiungano a queste spese il costo che deriva indirettamente dalla perdita di produttività, nonché i costi sostenuti personalmente dai pazienti e lo scadimento della qualità di vita. Ne consegue che la spesa totale per il piede diabetico negli USA è stata valutata in 4.000.000 di dollari l'anno.

*La nefropatia diabetica* rappresenta un notevole problema sociosanitario sia per l'elevato costo-sociale che per il più grave rischio di morbilità e mortalità esistente in questi soggetti.

Seppure non esistano dati o indagini epidemiologiche condotte sul territorio nazionale, informazioni acquisite dai vari centri emodialitici indicano un costo presunto variabile da 50 a 100 milioni annuali per paziente a seconda del tipo di trattamento sostitutivo. A tale cifra va aggiunto il costo relativo al trattamento farmacologico, alle eventuali prestazioni specialistiche e soprattutto ospedaliere (degenza) che sicuramente sono più frequenti in questo tipo di pazienti.

Relativamente ai *costi sociali* è da considerare in questi pazienti una ridotta capacità lavorativa che nella maggior parte dei casi comporta una totale inabilità ed una ridotta sopravvivenza rispetto ai pazienti non diabetici. Anche in Italia esistono dati sufficientemente sicuri che comprovano nei pazienti diabetici una sopravvivenza a 5 anni pari od inferiore al 50%.

In particolare per quanto concerne il trapianto renale in pazienti diabetici uremici vi é , in accordo con le osservazioni sulla popolazione generale, un insufficiente ricorso a questo approccio

terapeutico rispetto alle richieste. Non sono comunque ad oggi disponibili in Italia dati di sicuro significato sulla sopravvivenza di pazienti diabetici uremici sottoposti a trapianto renale.

Altro dato importante da sottolineare è la difficoltà di operare delle scelte terapeutiche razionali ed individualizzate in funzione delle possibilità operative dei vari centri di Dialisi. Sicuramente la mancanza di dati sulla entità del fenomeno nefropatia diabetica non consente una corretta ed adeguata programmazione del lavoro dei diversi centri.

*Nella gravidanza* i costi sanitari e sociali derivano per lo più dalle complicanze: una diagnosi precoce di Diabete mellito gestazionale ed un immediato approccio terapeutico con dieta ed eventualmente con terapia insulinica, riducono significativamente la morbilità durante la gravidanza, il rischio di parto precoce e le complicanze fetali. Nella gravidanza di pazienti già affette da Diabete parimenti un controllo molto attento riduce il rischio di malformazioni fetali; in tali pazienti è importante il controllo delle eventuali complicanze micro e macroangiopatiche che con lo stress gravidico possono subire una ulteriore evoluzione in senso negativo.

I più recenti ed importanti studi di intervento (DCCT per il Diabete di Tipo 1 e lo UKPDS per il Tipo 2) che hanno preso in considerazione per un periodo di oltre 10 anni l'effetto della terapia intensiva sulla insorgenza e sulla evoluzione delle complicanze hanno dimostrato che i maggiori costi a breve termine determinati dai regimi terapeutici intensificati sia per il controllo della iperglicemia che della ipertensione hanno determinato un abbattimento dei costi nel medio-lungo termine per la gestione della popolazione trattata in relazione alla riduzione delle complicanze croniche della malattia.

In Italia è stato stimato che la presenza di Diabete porti ad un incremento della spesa per ogni paziente in un anno di 2,5 milioni di lire in termini di costi diretti e di 11 milioni di lire in termini di costi indiretti.

#### *Costi della malattia diabetica in Umbria*

Pur non essendo disponibili dati completi sul costo della malattia diabetica nella nostra Regione, due esperienze, una in tema di spesa farmaceutica ed una come costo delle amputazioni, possono dare una immagine dell'impatto economico di tale patologia nella spesa sanitaria regionale.

Nel 1997 il servizio di Assistenza sanitaria e Farmaceutica della Regione Umbria ha effettuato una proiezione dei costi per un anno della assistenza diabetologica nella nostra regione (basandosi sui consumi farmaceutici di alcuni mesi dello stesso anno); tale analisi ha evidenziato come la spesa per i farmaci potesse essere quantificata in circa 5 miliardi di lire (pari al 4 % della spesa farmaceutica totale) e quella per i presidi sanitari in circa 9 miliardi di lire.

Per quanto riguarda il costo delle amputazioni facendo riferimento alla degenza media calcolata per i soggetti diabetici di circa 28 giorni, come già riportato in precedenza, ed utilizzando i tariffari regionali, è stata stimata per il 1991 per la ospedalizzazione relativa agli amputati diabetici nella intera regione una spesa di circa 1,5 miliardi di lire.

A queste cifre vanno aggiunti i costi assai maggiori delle prestazioni mediche ambulatoriali, dei periodi di ospedalizzazione, della interruzione della attività lavorativa (periodica o totale) e di un eventuale stato di invalidità permanente.

### **5.1.3.3 Obiettivi dell'assistenza Diabetologica in Umbria**

Il PSSR dell'Umbria fa propri gli obiettivi della Organizzazione Mondiale della Sanità e della Federazione Internazionale Diabete come formulati nella Dichiarazione di St Vincent e costituiti dal miglioramento della qualità e quantità di vita della popolazione diabetica.

Per tale motivo vengono previsti:

- a) interventi di prevenzione primaria della malattia più concretamente ottenibili nel Diabete di Tipo 2, ma perseguibili attraverso un impegno di ricerca finalizzata anche nel Tipo 1;
- b) la definizione di ruoli e responsabilità dei livelli assistenziali: I° (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, distretti); II° (servizi di Diabetologia delle Aziende Sanitarie Locali) e III° (Centri di Diabetologia delle Aziende Ospedaliere);
- c) interventi di prevenzione terziaria volti a rallentare la progressione delle complicanze una volta che queste si siano manifestate ed a minimizzarne l'effetto sulla qualità di vita dei soggetti colpiti.

Al fine di raggiungere tali obiettivi viene elaborato un piano di intervento che prevede nel triennio 1999-2001:

- A) la definizione di indirizzi preventivi, diagnostici e terapeutici, validati sul piano dei contenuti scientifici e tecnici e appropriati per la specifica realtà umbra, in modo da disporre di linee guida regionali sulla malattia diabetica (il PSN 1998-2000 non prevede al riguardo linee guida nazionali) di cui si deve prevedere il periodico aggiornamento;
- B) la definizione di ruoli e responsabilità dei livelli assistenziali: I° (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, distretti); II° (servizi di Diabetologia delle Aziende sanitarie Locali) e III° (Centri Regionali di Riferimento per la Malattia Diabetica presso le aziende ospedaliere);
- C) integrazione delle funzioni di I, II e III livello in base a protocolli operativi relativi a:
  1. interventi educativi (di seguito meglio specificati nel relativo paragrafo);
  2. identificazione del livello assistenziale ottimale per la gestione del paziente, in funzione di obiettivi terapeutici individuali elaborati sulla base di "profili di rischio" che possono essere basati anche su valori soglia sia per il compenso metabolico che per lo stato delle complicanze;
  3. sistemi di flusso e gestione dati, facendo riferimento alle indicazioni del Gruppo di Studio **Diabetes Optimization through Information Technology** della European Association for the Study of Diabetes ed ai Progetti della Unione Europea (U.E.) sul tema specifico;
  4. sistemi di verifica e sviluppo della qualità, facendo riferimento al Programma Diab Care della OMS e dell'IDF ed ai progetti della U.E. sul tema specifico;
  5. progetti di ricerca finalizzati;
- D) la determinazione dei livelli di supporto all'attività programmatrice e valutativa del SSR.

#### *Interventi educativi e preventivi*

Le DGR 59 del 14/1/1998 e 1851 del 23/12/1998 definiscono un "Progetto di educazione alla salute per pazienti portatori di patologie a decorso cronico-degenerativo", con l'obiettivo di migliorare il servizio di gestione, prevenzione ed educazione svolto sul territorio regionale, prevedendo:

- a) una prima fase, pilota, in cui un primo nucleo di formatori realizzerà una piattaforma comune di linguaggio, metodologie, conoscenze ed obiettivi per:
  - formare un primo nucleo di operatori sanitari capaci di sviluppare attività di educazione personalizzata al paziente e prevenzione all'interno della propria realtà lavorativa;
  - formare un primo nucleo di pazienti motivati ad affiancare medici ed educatori per future attività educative all'interno dei Centri Diabetologici regionali;
  - fornire ai Centri Diabetologici regionali modelli concettuali, metodologie e strumenti di lavoro per impostare progetti di educazione calati sulle proprie realtà.

Sarà sviluppata una base culturale comune attraverso l'analisi di linee guida per la prevenzione e cura del diabete mellito e messe a punto metodologie educative efficaci per favorire l'autogestione della malattia diabetica.

Nell'ambito del corso verranno sviluppati otto moduli corrispondenti alle giornate di formazione con tematiche specifiche (automonitoraggio, ipoglicemia e iperglicemia, alimentazione ed attività fisica; situazioni speciali, gravidanza e diabete, complicanze croniche, progettazione formativa, metodologia della qualità totale nel servizio sanitario, educazione alla salute e comunicazione) con particolare attenzione anche agli aspetti peculiari dei bambini.

b) Una seconda fase, a regime, in cui sarà coinvolto attivamente l'intero territorio regionale attraverso le singole A.S.L. dell'Umbria, compresi i Medici di Medicina Generale (Associazioni di Categoria e gli Ordini dei Medici), nonché le Associazioni dei Pazienti Diabetici.

#### *Funzioni / Responsabilità dei livelli assistenziali I, II, III*

Il Piano assume per la prevenzione e tutela della salute dei diabetici livelli assistenziali analoghi a quelli previsti per altre malattie cronic-degenerative, dove i medici di base (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta) con la loro capillare diffusione territoriale costituiscono l'intelaiatura della rete assistenziale e garantiscono la continuità assistenziale, mentre i servizi di II° e III° livello supportano (in senso ampio) sia la loro attività che quella programmatica e valutativa del SSR, in ciò affiancati, con un profilo particolare, dalle associazioni di volontariato e per la tutela dei diritti dei cittadini.

Nello specifico della patologia diabetica, la realtà operativa in Umbria presenta situazioni molto differenziate, talché il Piano assume come obiettivo del triennio l'effettivo riorientamento dei ruoli e delle responsabilità assistenziali sulla base di quanto di seguito specificato.

#### **I Livello (Medici di medicina generale – Pediatri di libera scelta - Distretti)**

Screening	a) dei soggetti a rischio per il Diabete Mellito; b) del Diabete Gestazionale.							
Diagnosi	Soggetti sintomatici o reperti occasionali. I soggetti di nuova diagnosi vengono inviati al Servizio di II livello per la valutazione dello stato di salute e per la definizione degli obiettivi assistenziali. Qualora nei Servizi di II livello non siano presenti specialisti pediatri diabetologi, i diabetici di prima insorgenza in età pediatrica vengono inviati al Centro Regionale di Riferimento per la Diabetologia Pediatrica.							
Trattamento	Educazione (secondo il progetto Regionale "Educazione alla salute per pazienti portatori di patologie a decorso cronic-degenerativo"). <table border="0" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="text-align: center;">™ Dieta</td> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td rowspan="3" style="vertical-align: middle;">} entro i target terapeutici</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Terapia ◇ Farmaci orali</td> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">( Insulina</td> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> </tr> </table>	™ Dieta	}	} entro i target terapeutici	Terapia ◇ Farmaci orali	}	( Insulina	}
™ Dieta	}	} entro i target terapeutici						
Terapia ◇ Farmaci orali	}							
( Insulina	}							
Complicanze	Screening    assetto lipidico; funzione Renale; pressione arteriosa; neuropatia somatica; esame piedi; esame F.O.;							

ECG.  
Follow up Secondo i profili di rischio definiti per il singolo paziente che prevedono il tipo di parametri di controllo, la periodicità della valutazione e la soglia al di sopra della quale è richiesto l'intervento del II o III livello.

Assistenza domiciliare integrata secondo i protocolli aziendali.

Gestione dati in formato compatibile con il sistema informativo diabetologico regionale (set minimo di dati, compatibilità dei sistemi informatizzati).

Revisione periodica secondo standards regionali della qualità della assistenza erogata

## **II Livello (Servizi di Diabetologia delle Aziende Sanitarie)**

- Valutazione dello stato di salute (equilibrio metabolico – eventuali complicanze) dei diabetici di nuova diagnosi inviati dal MMG/PLS per la definizione degli obiettivi assistenziali individuali e dei profili di rischio e conseguente comunicazione dei risultati della valutazione al MMG/PLS;
- Valutazione periodica (con periodicità variabile in relazione alle indicazioni cliniche) dei soggetti già diagnosticati per la ridefinizione degli obiettivi assistenziali individuali e dei profili di rischio e conseguente comunicazione dei risultati al MMG/PLS;
- Trattamento e follow up dei pazienti che non riescano a raggiungere gli obiettivi assistenziali individuali predefiniti e superino i valori soglia dei profili di rischio sia relativamente al controllo metabolico che alla evoluzione delle complicanze. Il Servizio viene attivato dal MMG/PLS e rimane attivo per tutto il periodo necessario alla stabilizzazione delle condizioni cliniche. Il MMG/PLS viene puntualmente informato della evoluzione del quadro clinico per la gestione integrata del caso.
- Educazione: secondo le indicazioni del Progetto Regionale “Educazione alla salute per pazienti portatori di patologie a decorso cronico-degenerativo”.
- Attività di consulenza diabetologica nelle strutture ospedaliere od extra-ospedaliere a seconda dei protocolli Aziendali (organizzazione dipartimentale – Assistenza domiciliare integrata).
- Assistenza alla donna diabetica in gravidanza o con Diabete Gestazionale in collaborazione con gli specialisti ostetrici ed i Consulenti.
- Gestione dati in formato compatibile con il sistema informativo diabetologico Regionale (set minimo di dati, compatibilità dei sistemi informatizzati).
- Revisione periodica secondo standards regionali della qualità dell'assistenza erogata.

## **III Livello Aziende ospedaliere di Perugia e Terni**

Ambedue le aziende ospedaliere sono chiamate a svolgere, almeno entro il periodo di vigenza del Piano e in base al dimostrato raggiungimento di definiti standard qualitativi, attività di terzo livello:

- Inquadramento diagnostico di casi di difficile definizione sia relativamente alla malattia diabetica che ai disordini metabolici correlati o associati.
- Trattamento e follow-up dei pazienti instabili o con gravi complicanze che non riescano a raggiungere gli obiettivi assistenziali individuali predefiniti e superino i valori soglia dei profili di rischio nonostante l'intervento del II livello assistenziale. Il Servizio viene attivato dal MMG/PLS e rimane attivo per tutto il periodo necessario alla

stabilizzazione delle condizioni cliniche. Il MMG/PLS viene puntualmente informato dell'evoluzione del quadro clinico per la gestione integrata del caso.

- Educazione: secondo le indicazioni del Progetto Regionale "Educazione alla salute per pazienti portatori di patologie a decorso cronico-degenerativo".
- Assistenza alla donna con diabete gestazionale o pregestazionale in corso di gravidanza ad alto rischio.
- Gestione delle metodologie avanzate di terapia insulinica.

### ***Centro Regionale di Riferimento per la Malattia Diabetica***

Il Centro Regionale di Riferimento per la Malattia Diabetica ha sede presso il Dipartimento di Medicina Interna e Scienze Endocrine e Metaboliche dell'Università di Perugia ed è parte integrante del Piano di intervento regionale nell'ambito del quale garantisce:

- il mantenimento del Registro Regionale per il Diabete di Tipo 1;
- la promozione, coordinamento e supporto ad iniziative Regionali relative a:
  - a) Rilevazione epidemiologica del Diabete e delle sue complicanze.
  - b) Programmi di valutazione prospettica del Diabete e delle sue complicanze in relazione ai modelli terapeutici ed assistenziali applicati.
  - c) Revisione periodica delle linee guida e dei protocolli operativi regionali in ambito diabetologico.
  - d) Interoperabilità dei sistemi informativi.
  - e) Standardizzazione delle metodologie per lo sviluppo della qualità.
  - f) Progetti di ricerca finalizzati.
- Lo svolgimento delle attività del Progetto di intervento per la lotta contro le malattie a decorso cronico degenerativo per quanto di competenza secondo la DGR 1851 del 23.11.1998;
- Lo svolgimento delle funzioni di Centro di Riferimento OCTS per il trapianto di pancreas e di insule;
- La promozione dei rapporti con istituzioni internazionali quali la Organizzazione Mondiale della Sanità, l'Unione Europea, la International Diabetes Federation e la European Association for the Study of Diabetes per progetti regionali di collaborazione con i paesi in via di sviluppo, per progetti europei di ricerca finalizzata (5<sup>th</sup> Framework), per la applicazione sul territorio regionale della Dichiarazione di St. Vincent (SVD) in collaborazione con i Gruppi di lavoro SVD Action Programme, per la definizione delle linee guida e degli standard assistenziali regionali.

### ***Centro Regionale di Riferimento per la Diabetologia Pediatrica***

Il Centro Regionale di Riferimento per la Diabetologia Pediatrica ha sede presso la Clinica Pediatrica dell'Università di Perugia e garantisce:

- la disponibilità di competenze specialistiche di diabetologia pediatrica per tutti i soggetti affetti da diabete mellito in età pediatrica nella Regione Umbria;
- la disponibilità per una assistenza specialistica decentrata presso quelle Aziende Sanitarie del territorio regionale che ne siano sprovviste e ne facciano richiesta;
- la organizzazione periodica di campi scuola per bambini diabetici;
- la partecipazione al Progetto di intervento per la lotta contro le malattie a decorso cronico-degenerativo.

Il Centro Regionale di Riferimento per la Diabetologia Pediatrica partecipa per quanto di propria competenza alle attività del Centro Regionale di Riferimento per la malattia diabetica.

### ***Il supporto all'attività programmatica e valutativa del SSR***

L'attività programmatica e valutativa del SSR ha bisogno, anche in questo ambito specifico, di supporti esperti, nel duplice senso dell'esperienza acquisita da chi cura la malattia diabetica e ne viene curato.

Nella prima direzione si tratta di valorizzare le relevantissime competenze professionali presenti nel DIMISEN e più in generale nel mondo dei servizi specialistici (che abbiamo visto essere chiamati tutti ad operare nel triennio un salto di qualità) rivolti a tale patologia.

Nella seconda direzione si tratta di non disperdere la profonda conoscenza pratica che dei Servizi hanno le associazioni del volontariato di settore e quelle dedite alla rappresentanza più generale della salute dei cittadini, per integrare sia le valutazioni di qualità percepita che quelle relative all'appropriatezza, all'accessibilità e alla percorribilità del sistema delle cure sopra definito.

### ***Gruppo di studio regionale permanente sulla malattia diabetica***

Al fine di rendere possibili programmi di ricerca finalizzata su base Regionale aventi lo scopo di valutare la consistenza del diabete e dei fattori di rischio sia per lo sviluppo della malattia che delle sue complicanze ed al fine di promuovere in Umbria la realizzazione di studi prospettici di popolazione che possono avere una rilevanza sia per la malattia diabetica che per altre patologie cronico degenerative ad esse associate quali aterosclerosi, cerebro e cardiovascolopatie, nefropatie etc., viene istituito un Gruppo di Studio Regionale Permanente per la Malattia Diabetica.

Il Gruppo di Studio è formato dai responsabili per le attività diabetologiche nelle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere dell'Umbria, dai rappresentanti dei centri Regionali di Riferimento, dai rappresentanti dei Medici di Medicina Generale e dai rappresentanti dell'Assessorato alla Sanità; esso ha la funzione di individuare le possibili aree di interesse e di formulare proposte operative per progetti di ricerca finalizzati, e di valutarne ed assicurarne la fattibilità.

Il Gruppo di Studio, inoltre è parte integrante del processo di definizione ed aggiornamento periodico delle Linee Guida e dei protocolli operativi Regionali in ambito diabetologico.

### ***Comitato consultivo misto sulla malattia diabetica***

Viene istituito, previa la partecipazione delle associazioni di volontariato di settore e per la rappresentanza del diritto alla salute dei cittadini, dell'Assessorato regionale alla Sanità e di rappresentanti del Gruppo regionale permanente sulla malattia diabetica, il Comitato consultivo misto sulla malattia diabetica, che ha il compito di integrare valutazioni di appropriatezza, accessibilità e qualità percepita dell'assistenza diabetologica in Umbria.

### ***Linee di indirizzo per la Ricerca Finalizzata***

Di seguito vengono definiti gli ambiti applicativi per la ricerca finalizzata nel triennio di Piano:

- ❖ Studi epidemiologici per la identificazione dei fattori di rischio per lo sviluppo del Diabete di Tipo 2 nella popolazione Umbria;



- ❖ Studi prospettici per la valutazione dell'efficacia di programmi intensivi di intervento sui fattori comportamentali quale esercizio fisico ed alimentazione sulla sindrome plurimetabolica ed il rischio di mortalità cardiovascolare;
- ❖ Prevenzione del Diabete di Tipo 1 mediante identificazione dei soggetti a rischio, tipizzazione immunologica, intervento di immunoprevenzione;
- ❖ Studi prospettici per la valutazione dell'effetto di modelli terapeutici diversificati sulla evoluzione delle complicanze della malattia diabetica;
- ❖ Modelli assistenziali per la gravidanza complicata da diabete.
- ❖ Prevenzione e cura del piede diabetico.
- ❖ Pianificazione ed applicazione di un sistema Regionale di sviluppo della qualità in diabetologia: Metodologie – Indicatori – Sistema informativo – Metodologie operative di implementazione.
- ❖ Sviluppo e/o valutazione di sistemi avanzati di terapia insulinica sostitutiva: nuove insuline, nuove vie di somministrazione, sistemi automatici di erogazione insulinica, trapianto di insuline pancreatiche.

#### 5.1.3.4 I tempi per la verifica del progetto nel triennio 1999-2001

Azioni previste	Tempi di realizzazione		
	Anno 1	Anno 2	Anno 3
Selezione linee guida	_____		
Definizione protocolli diagnostici - Assistenziali (profili di rischio - targets)	_____		
Definizione modelli di comunicazione (set minimo di dati - messaging)	_____		
Training su protocolli e modelli di comunicazione	_____		
Implementazione modello assistenziale integrato		_____	
Sviluppo sistema informativo integrato	_____		
Implementazione sistema informativo integrato		_____	
Programma Regionale di Educazione: I fase	_____		
II fase		_____	
Programma a regime		_____	
Applicazione protocolli diagnostici assistenziali: progetto pilota I	_____		
Applicazione protocolli diagnostici assistenziali: progetto pilota II		_____	
Applicazione protocolli diagnostici assistenziali: Programma a regime		_____	
Sviluppo della qualità:			
Individuazione metodologia	_____		
Training e fase pilota I	_____		
fase pilota II		_____	
Programma a regime		_____	
Ricerca Finalizzata: Selezione Progetti	_____		
Progetti a regime	_____		

## **5.1.4 Programma regionale sangue**

Il Programma Regionale Sangue, sulla base dei problemi emersi dalla ricognizione di quanto finora realizzato:

- E) esplicita le finalità generali assunte come filo conduttore della propria progettualità;
- F) definisce conseguentemente gli obiettivi del triennio;
- G) descrive l'organizzazione ed i ruoli che le strutture trasfusionali sono chiamate a svolgere;
- H) puntualizza il ruolo delle Unità di raccolta;
- I) valorizza l'apporto del volontariato;
- J) apre spazi di collaborazione con le Forze Armate.

### **5.1.4.1 Finalità**

#### **Il Piano regionale sangue:**

si propone di garantire ai cittadini la fornitura di servizi di medicina trasfusionale di qualità e quantità conformi alle più attuali innovazioni della scienza e della tecnica ed omogenee su tutto il territorio regionale:

- attua quanto previsto dalla Legge n. 107/90, dal D.P.R. 7 aprile 1994 e dai successivi Decreti del Ministero della Sanità, tenendo conto del riassetto del Servizio Sanitario Regionale che con la L.R. n. 1/95 istituisce le Aziende Ospedaliere e le Aziende Sanitarie (U.S.L.);
- valuta il Sistema Trasfusionale Regionale (S.T.R.) quale entità regionale non frazionabile;
- prevede la partecipazione delle Associazioni di Volontariato alle attività regionali di programmazione, organizzazione e verifica del S.T.R. ai sensi della normativa vigente.

### **5.1.4.2 Obiettivi**

Per il triennio 1999-2001 il PSR assume i seguenti obiettivi:

- a) definire la tipologia, il numero e l'ambito territoriale delle strutture trasfusionali;
- b) garantire il coordinamento del S.T.R. utilizzando le competenze del Centro Regionale di Coordinamento e Compensazione (CRCC);
- c) raggiungere nel triennio la completa autosufficienza regionale di plasmaderivati attraverso la trasformazione industriale del plasma raccolto presso tutte le strutture trasfusionali della Regione;
- d) promuovere la donazione mediante citoferesi e plasmaferesi;
- e) favorire presso tutte le strutture trasfusionali l'incremento della separazione in emocomponenti del sangue raccolto;
- f) ridurre il rischio trasfusionale in base alle conoscenze scientifiche;
- g) definire ed aggiornare il protocollo integrativo di accertamento della idoneità del donatore di sangue;

- h) collegare, mediante sistema informatico, tutte le unità di raccolta fisse con i SIT di riferimento, e questi con il CRCC, le strutture regionali competenti per l'attuazione del Programma Regionale Sangue, al fine di verificare in tempo reale le disponibilità e far fronte alle urgenze ed emergenze;
- i) programmare ed attuare progetti di ricerca, formazione ed aggiornamento di medicina trasfusionale, che prevedano anche corsi per operatori dei Servizi Trasfusionali che utilizzano sangue, emocomponenti e plasmaderivati e per i donatori volontari e periodici;
- l) programmare ed attuare, di concerto con le Associazioni di Volontariato, campagne informative mirate agli specifici bisogni locali, ivi comprendendo l'allestimento di materiale promozionale ed informativo.

#### **5.1.4.3 Strutture Trasfusionali**

- 1) Per quanto stabilito dalla legge n. 107/90 e dal D.P.R. 7 aprile 1994 per il triennio 1999-2001, vengono riconosciute nel territorio le seguenti strutture trasfusionali:
  - a) Centro Regionale di Coordinamento e Compensazione (CRCC);
  - b) Servizi di Immunoematologia e Trasfusionale (SIT);
  - c) Centri Trasfusionali (CT);
  - d) Unità di Raccolta Fisse (UR).
- 2) I criteri per la individuazione delle varie strutture trasfusionali sono i seguenti:
  - a) almeno un SIT per provincia;
  - b) sono SIT le seguenti strutture delle Aziende Ospedaliere e Sanitarie:
    - Perugia (Az. Osp.)
    - Terni (Az. Osp.)
    - Foligno/Spoleto (USL 3)
    - Città di Castello (USL 1)
  - c) sono CT le strutture complementari da autorizzare per particolari esigenze di strutture ospedaliere che siano dotate di reparti di terapia intensiva;
  - d) le UR sono solo fisse e dislocate presso strutture ospedaliere periferiche, per la massima tutela del donatore.

#### **5.1.4.4 Unità di Raccolta**

- 1) Gli attuali Centri di Raccolta Sangue assumono la denominazione di unità di raccolta, sono fisse e svolgono le funzioni di cui all'art. 7 della legge 107/90.
- 2) Al fine di realizzare una migliore prevenzione della trasmissione di infezioni da emocomponenti, per meglio tutelare la salute del donatore, le unità mobili non potranno essere adibite alla raccolta.
- 3) Le UR sono gestite dalle USL competenti per territorio.

- 4) Le UR debbono avere un medico responsabile nel rispetto della legge 107/90 e relativi Decreti del Ministero della Sanità e fanno riferimento sotto il profilo tecnico - organizzativo al SIT di competenza.

#### **5.1.4.5 Il Volontariato**

- a) Ai sensi della L.R. n. 10/85 e n. 15/94 la Regione riconosce il ruolo determinante del Volontariato, rappresentato dalle Associazioni dei Donatori Volontari e Periodici di sangue, con particolare riferimento all'A.V.I.S.
- b) La Regione approva uno schema tipo di convenzione, definito in accordo con le Associazioni di Volontariato, che le singole Aziende sanitarie adotteranno per regolare i rapporti con le stesse Associazioni.
- c) La Regione promuove e sostiene iniziative per lo sviluppo del Volontariato associativo, assicurandone l'autonomia di programmazione e di gestione.
- d) La Regione realizza e attua con le Associazioni di Volontariato quanto previsto dal D.M. Sanità del 1° settembre 1995 "Linee guida per lo svolgimento di attività mirate di informazione e promozione della donazione di sangue nelle regioni che non hanno conseguito l'autosufficienza" e in particolare:
- sensibilizzazione dell'opinione sul valore umano della donazione di sangue ed emocomponenti volontaria periodica, anonima, gratuita e responsabile;
  - promozione dell'informazione sulle varie tecniche di donazione;
  - promozione di campagne indirizzate ad ottenere l'incremento numerico dei donatori volontari e periodici.

#### **5.1.4.6 Forze Armate**

- a) La Giunta Regionale promuove forme di collaborazione con le Istituzioni Militari presenti nel territorio per la sensibilizzazione dei militari al problema della donazione di sangue, specie in occasione di eventi calamitosi.
- b) Il S.T.R. si rende disponibile per attività congiunte di informazione dei militari sulla trasmissione di malattie infettive, sulla donazione di sangue e sulla medicina trasfusionale.

#### **5.1.5 Progetto trapianti**

Il PSR, per il triennio 1999-2001 assume, oltre alla riconferma delle linee di lavoro precedentemente definite in materia, due impegni prioritari:

- *l'attuazione dell'accordo interregionale per il coordinamento delle attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti di cui fa proprio l'atto deliberativo (DGR 5447 del 21/9/98);*
- *l'istituzione in tutte le aziende sanitarie locali ed ospedaliere di un Coordinatore per le attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti, che operano sulla base di un preciso regolamento.*

NB: La approvazione da parte del Parlamento di una legge disciplinante la materia, fondata sul principio del silenzio-assenso, appare allo stato dei fatti molto probabile. Il documento che segue appare coerente con le prospettive delineate dalla normativa nazionale in via di approvazione.

### **5.1.5.1 Accordo interregionale per il coordinamento della attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti.**

Con DGR n. 5447 del 21/9/98 è stato approvato l'Accordo tra le Regioni Abruzzo, Basilicata, Calabria, Lazio, Umbria, Sardegna per il coordinamento delle attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti.

L'accordo fa riferimento al mandato definito con la legge n. 644 del 2.12.1975 e il relativo regolamento d'esecuzione D.P.R. n. 409/77 - che disciplinano l'attività di prelievo e trapianto per uso terapeutico e con l'atto di intesa tra Stato e Regioni per la definizione del Piano sanitario nazionale relativo al triennio 1994-1996, che determina i compiti dei centri di coordinamento interregionale, risultanti dall'aggregazione spontanea di più regioni e preposti all'attività di coordinamento interregionale.

Sulla base degli orientamenti contenuti in quella che all'epoca della stipulazione dell'accordo era la proposta di Piano sanitario nazionale 1998-2000 ed in particolare gli obiettivi e le azioni previste in tema di trapianti, le Regioni in questione hanno convenuto sull'opportunità di coordinare le proprie iniziative nel settore per favorire lo sviluppo e la qualificazione delle attività di prelievo e trapianto svolte nei rispettivi territori.

A tal fine hanno stipulato un accordo di collaborazione impegnandosi ad operare congiuntamente per conseguire i seguenti obiettivi comuni:

- 1) incrementare il numero dei prelievi e dei trapianti di organi e tessuti;
- 2) favorire il completo e ottimale utilizzo degli organi prelevati;
- 3) consentire il miglior impiego delle potenzialità delle strutture operative.

Per la realizzazione di tali obiettivi, le Regioni hanno concordato di:

- collaborare nell'attuazione di politiche d'intervento per la promozione dei prelievi di organi da cadavere mediante la formazione e l'aggiornamento degli operatori e la sensibilizzazione della popolazione;
- indirizzare l'attività delle proprie strutture tecniche in ordine alla individuazione di criteri omogenei per:
  - a) la formazione delle liste d'attesa per il trapianto;
  - b) l'individuazione del ricevente idoneo;
  - c) la determinazione delle priorità per l'assegnazione degli organi disponibili;
- stabilire una rete di comunicazione compatibile tra i rispettivi centri regionali di riferimento istituiti ai sensi della legge n. 644 del 2.12.1975 e del relativo regolamento di esecuzione D.P.R. n. 409 del 16.6.1977, dando atto che la Regione Abruzzo è già convenzionata con la Regione Molise per l'istituzione a L'Aquila del Centro interregionale di riferimento per i trapianti per le Regioni Abruzzo e Molise;
- garantire il necessario coordinamento operativo tra i propri programmi di prelievo e trapianto e gli altri programmi nazionali ed esteri.

In relazione a questa ultima esigenza, le Regioni hanno convenuto che le funzioni di Centro interregionale di riferimento per gli scopi e le finalità suesposte, di seguito indicato "Coordinamento Interregionale", vengano assicurate, a rotazione triennale con facoltà di rinnovo, da uno dei Centri regionali di riferimento, fermo restando l'autonomia operativa di ogni Centro nell'ambito del proprio territorio regionale.

È stato altresì istituito un Comitato di Coordinamento composto dagli Assessori regionali alla Sanità, dai funzionari delle Regioni preposti ai programmi di prelievo e trapianto, dai responsabili dei Centri regionali di riferimento e da due esperti del settore dei trapianti, nominati dal Comitato di Coordinamento una volta istituito.

Il Comitato ha il compito di sovrintendere all'applicazione dell'accordo e, in particolare:

- concordare le iniziative da promuovere per la sensibilizzazione della popolazione sulla donazione degli organi e tessuti e per la formazione degli operatori;
- valutare la rispondenza dei protocolli operativi definiti in sede tecnica ai criteri di equità nella collocazione degli organi prelevati e nell'accesso dei pazienti al trapianto, nonché alle esigenze di funzionalità ed efficienza delle strutture di trapianto;
- verificare il funzionamento della rete collaborativa interregionale e individuare le priorità di intervento per migliorare la sua operatività;
- assicurare i rapporti a livello istituzionale con gli altri programmi interregionali ed esteri di prelievo e trapianto;
- proporre ai competenti organi regionali l'estensione dell'accordo di collaborazione ad altre Regioni che siano interessate a parteciparvi;
- favorire la partecipazione delle Associazioni dei pazienti e dei donatori di organi che operano nel territorio delle Regioni anche mediante incontri periodici con i loro rappresentanti.

### **5.1.5.2 Coordinatore aziendale per attività di prelievo di organi e tessuti.**

Alla luce di quanto sopraccitato, la Regione dell'Umbria, per far fronte in modo omogeneo agli impegni assunti ha istituito la figura del Coordinatore aziendale per le attività di prelievo di organi e tessuti, che opera sulla base di una definita cornice operativa e programmatica.

Il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera o Sanitaria Locale definisce annualmente i programmi di sviluppo di prelievo di organi e tessuti, sulla base dei dati forniti dal Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti.

In ogni Azienda Ospedaliera o Sanitaria Locale della Regione Umbria il Direttore Generale nomina un Coordinatore per attività di prelievo di organi e tessuti, individuato preferibilmente tra i medici in servizio presso ciascuna Rianimazione.

Il Coordinatore aziendale opera in stretto collegamento con il Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti di Organi al fine di ottimizzare le possibilità di donazione di organi.

In particolare il Coordinatore provvede a:

- a) effettuare il monitoraggio continuo della attività assistenziale di rianimazione segnalando la presenza di tutti i potenziali donatori al Centro Regionale di Riferimento Trapianti;
- b) favorire il miglioramento dell'organizzazione locale dell'attività di prelievo, sensibilizzando in tal senso tutto il personale sanitario;
- c) coordinare, in collaborazione o su delega della Direzione Sanitaria e con il Centro Regionale di Riferimento Trapianti, le varie fasi operative delle attività di prelievo;
- d) compilare, su indicazione della Direzione Sanitaria, il registro locale dei cerebrolesi deceduti, dei donatori segnalati al Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti, dei prelievi effettuati e delle cause che abbiano eventualmente impedito l'effettuazione dei prelievi;
- e) tenere i rapporti con le famiglie dei Donatori;
- f) promuovere e gestire tutte le iniziative volte a migliorare l'attività di prelievo, ivi compresi i relativi atti burocratici;
- g) organizzare incontri di promozione negli ospedali, nelle scuole ed in altre istituzioni, in collaborazione con le Associazioni di volontariato pertinenti e con il Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti.

Il Coordinatore locale può essere coadiuvato da altri Operatori Sanitari individuati dal Responsabile del Servizio di Rianimazione.

I responsabili dei Servizi di Rianimazione ed i Coordinatori aziendali dei prelievi entrano a far parte del Comitato di Gestione del Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti di Organi e Tessuti. I componenti del Comitato di Gestione del Centro Regionale di Riferimento nominano il

Coordinatore Regionale per i prelievi di organi, individuandolo tra i responsabili dei Servizi di Rianimazione.

In ciascuna azienda, il responsabile del Servizio di Anestesia e Rianimazione ed il Coordinatore aziendale, qualora sia ricoverato un paziente cui si riconosca la condizione di potenziale donatore di organi, ne danno immediata comunicazione alla Direzione Sanitaria locale ed al Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti, provvedendo all'invio di campioni biologici del donatore allo stesso Centro Regionale di Riferimento per la ricerca dei caratteri immunogenetici e per i rilievi sierologici di legge, secondo modalità predefinite.

L'attività di prelievo e trapianto deve essere assicurata in maniera continuativa 24/24 h. per l'intero anno.

Le Aziende Ospedaliere o Sanitarie Locali tenute ad effettuare prelievi di organi che non siano nelle condizioni di attivare il Collegio medico-legale per l'accertamento di morte a causa della indisponibilità (anche temporanea) di una o più figure professionali necessarie a comporlo, possono richiedere al Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti l'attivazione dell'équipe mobile presente presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia anche per i prelievi di organi, per le figure professionali necessarie.

Il Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti di Organi coordina, d'intesa con la Direzione Sanitaria, le attività di prelievo per i differenti organi e tessuti, nonché le modalità e i tempi per il trasporto delle équipe chirurgiche e degli organi e tessuti prelevati nell'Ospedale in cui è presente il donatore.

### **5.1.6 Progetto farmaci**

Nel triennio 1999-2001 Gli interventi rivolti alla razionalizzazione e alla ottimizzazione dell'assistenza farmaceutica saranno rivolti a:

- monitoraggio dei consumi farmaceutici;
- formazione in servizio / aggiornamento degli operatori;
- contenimento della spesa farmaceutica;
- ricerca;
- ampliamento dell'offerta dei servizi da parte delle farmacie convenzionate con il SSN.

#### **5.1.6.1 Monitoraggio dei consumi farmaceutici**

Il sistema di monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche del territorio nonché dei consumi ospedalieri è gestito dalla Regione e dalle Aziende Usl con un programma messo a disposizione dall'Istituto Superiore di Sanità denominato Videofar e Videofar Hosp. Il monitoraggio, coordinato dalla Regione, è una competenza dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie.

Si tratta di un sistema a regime che, sulla base di valutazioni degli esperti del settore, risponde pienamente alle esigenze sanitarie e amministrative e viene utilizzato al pieno delle sue possibilità. L'esistenza della Banca Dati Regionale delle prescrizioni farmaceutiche consente altresì di effettuare studi di farmaco-utilizzazione "ad hoc" e di farmacoepidemiologia.



### **5.1.6.1.1 Banca dati delle prescrizioni farmaceutiche**

Presso l'Assessorato alla Sanità della Regione è esistente la banca dati delle prescrizioni farmaceutiche effettuate dal 1993 ad oggi, inviate mensilmente alla Regione, su supporto magnetico, da tutte le farmacie dell'Umbria.

I dati archiviati sono quelli desumibili dalle ricette a carico del SSN e riportano quindi, tra l'altro, anche il codice dell'assistito.

Ciò consente l'utilizzo dei dati di prescrizione per fini epidemiologici, anche attraverso l'incrocio con altre banche dati esistenti in Regione, come per esempio quelli relativi ai ricoveri ospedalieri.

Su questa base sono stati condotti, in collaborazione con altri Enti, molti studi, tra i quali citiamo ad esempio:

- lo studio effettuato in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, al fine di determinare quanti ricoveri ospedalieri per ulcera gastrica fossero legati all'uso di antinfiammatori non steroidei.
- l'elaborazione dei dati di prescrizione dell'ossigeno terapeutico, utilizzando il codice dell'assistito, per individuare il numero dei malati di insufficienza respiratoria nella nostra Regione, ai fini dell'istituzione di un Pronto Soccorso presso la Pneumologia del Silvestrini;
- stime sull'epidemiologia del diabete mellito basate sull'utilizzo dei dati di prescrizione dei farmaci antidiabetici (insuline e antidiabetici orali).

### **5.1.6.1.2. Programma Videofar**

Un estratto dei dati di prescrizione viene utilizzato per il monitoraggio ordinario dei consumi farmaceutici, attraverso un programma denominato VIDEOFAR REGIONE. Il programma, realizzato dal Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'Istituto Superiore di Sanità, nell'ambito della Convenzione con la Regione dell'Umbria, consente l'analisi dei consumi farmaceutici su tutto il territorio regionale, suddivisi per ogni singola Usl.

Analogo sistema di controllo, denominato VIDEOFAR USL, consente ai Servizi Farmaceutici aziendali di monitorare le prescrizioni effettuate da ogni singolo medico. Incrociando i dati di VIDEOFAR USL con quelli forniti trimestralmente dalla Regione i Servizi Farmaceutici sono in grado di raffrontare l'andamento prescrittivo della propria Usl con le altre ed adottare così eventuali provvedimenti correttivi. Con questo programma è possibile avere un quadro generale delle prescrizioni farmaceutiche attraverso i principali indicatori di prescrizione, quali il numero di pezzi prescritti per abitante, la spesa per abitante, il costo per confezione ecc. E' possibile ricavare anche l'età media della popolazione per singole Usl, al fine di consentire una valutazione più organica dei consumi farmaceutici.

Per quanto riguarda l'analisi delle sostanze farmaceutiche il programma consente di effettuare la graduatoria dei farmaci più prescritti, ordinati sia per spesa (ranghi di spesa) che per numero di pezzi (ranghi) in ogni singola Usl.

Il programma VIDEOFAR consente inoltre di classificare la prescrizione dei farmaci per gruppo terapeutico (classificazione ATC) fornendone la relativa spesa, il numero di pezzi prescritti e le DDD/1000 abitanti.

La DDD (Dose Definita Die) è il dosaggio medio nelle 24 ore quando il farmaco è impiegato per la sua indicazione principale ed equivale in sostanza al numero di giornate di trattamento al giorno.

In sostanza ci permette di avere un quadro approssimativo di quanti assistiti ogni 1000 sono esposti ogni giorno al farmaco cui la DDD si riferisce.

Essendo un'unità di misura svincolata dal costo e dalle diverse formulazioni commerciali, consente confronti omogenei tra le diverse realtà territoriali nazionali ed internazionali.

I dati ottenibili dal programma VIDEOFAR si affiancano a quelli elaborati dal Settore Economia e Finanza, desunti dalle Distinte Contabili Riepilogative inviate mensilmente alle Usl e alla Regione dalle farmacie convenzionate.

### **5.1.6.2 Formazione in servizio / aggiornamento degli operatori.**

Le iniziative di formazione in campo farmaceutico sono già state attivate in alcune Usl negli anni scorsi; alla luce dell'esperienza condotta, è opportuno attivare interventi formativi tramite:

- a) corsi di aggiornamento continuo, a cadenza mensile, su argomenti di diretto interesse dei medici di medicina generale ed ospedalieri, meglio se derivanti dalla valutazione dei dati di monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche;
- b) coinvolgimento dei farmacisti convenzionati con il SSN per attuare l'informazione al cittadino sul corretto uso del farmaco, così come previsto nell'Accordo Collettivo Nazionale per la Disciplina dei Rapporti con le Farmacie;
- c) attivazione di corsi di perfezionamento post-laurea per gli operatori del SSN, in collaborazione con l'Università e gli Ordini Professionali (sono già stati effettuati due corsi sulla Farmacoeconomia).

### **5.1.6.3. Misure per il contenimento della spesa farmaceutica**

Il sistema di monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche consente l'individuazione dei casi di iperprescrizione o di prescrizione difforme dalle note previste dalla Commissione Unica del Farmaco o comunque dei motivi che possono concorrere ad uno "sfondamento" della spesa farmaceutica.

Le Aziende Usl sono chiamate ad attuare provvedimenti correttivi nei confronti dei medici prescrittori, qualora sia dimostrata l'incongruità della prescrizione.

E' comunque da perseguire l'obiettivo di razionalizzare la spesa e i consumi farmaceutici, anche attraverso il ricorso a specifici protocolli d'intesa con i medici di Medicina Generale, sulla base delle opportunità offerte dagli accordi già raggiunti in sede di trattativa regionale (Capo VI del D.P.R. n. 484/96) che di più ampi margini di intervento che la Regione Umbria sta puntando ad ottenere con la sua partecipazione al tavolo nazionale per il rinnovo della convenzione con i medici di base..

Sempre sul terreno della razionalizzazione delle spese si punterà a consolidare la pratica delle gare centralizzate per l'acquisto di farmaci e presidi medici per le esigenze del SSR, sulla base di un'attenta valutazione del rapporto costo/efficacia e/o costo/terapia, che permette di ridurre i costi legati alla replicazione delle gare europee in ciascuna azienda sanitaria.

#### **5.1.6.4. Attività di ricerca**

Riguardo alle attività di ricerca in campo farmacologico si forniscono le seguenti indicazioni:

- a) per la ricerca clinica controllata sono state create le condizioni culturali e normative mediante l'istituzione del Comitato Etico delle Aziende Sanitarie della Regione che rende di fatto possibile l'esecuzione di numerose sperimentazioni cliniche nazionali ed internazionali nella nostra Regione;
- b) per la ricerca "ad hoc": il monitoraggio delle prescrizioni consente di individuare problemi e formulare proposte d'indagine sull'uso corretto (o abuso) di categorie o singoli farmaci che, previa approvazione della Sezione farmaci del Consiglio Tecnico Regionale di Sanità, vanno incentivate tramite i fondi regionali.

#### **5.1.6.5 Ampliamento dei servizi svolti dalle farmacie convenzionate con il SSN**

L'Accordo Collettivo Nazionale per la Disciplina dei Rapporti con le Farmacie individua all'art. 2 modalità differenziate di erogazione delle prestazioni finalizzate al miglioramento dell'assistenza.

In particolare, le Regioni, previa la stipula di appositi accordi con le organizzazioni di categoria, si avvalgono delle farmacie aperte al pubblico per lo svolgimento dei seguenti servizi:

- 1) qualificare e razionalizzare il servizio reso dalle farmacie convenzionate;
- 2) attuare l'informazione al cittadino (prevenzione, educazione sanitaria);
- 3) attuare le prenotazioni di prestazioni specialistiche per via informatica (CUP);
- 4) monitorare i consumi farmaceutici anche ai fini di indagini di farmacovigilanza;
- 5) erogare ausili, presidi e prodotti dietetici utilizzando in via prioritaria il canale distributivo delle farmacie a condizione che i costi e la qualità delle prestazioni rese al cittadino siano complessivamente competitivi con quelli delle strutture delle Aziende Usl;
- 6) attuare l'integrazione della farmacia con le strutture socio sanitarie deputate alla effettuazione dell'assistenza domiciliare.

### **5.1.7. Attuazione della carta dei servizi**

#### **5.1.7.1. Introduzione**

Il gruppo di coordinamento e monitoraggio regionale istituito allo scopo di valutare lo stato di attuazione della Carta dei Servizi, in base al confronto avvenuto con i referenti aziendali, definisce le linee guida per la formazione del personale, per la gestione del reclamo e per il coinvolgimento delle Associazioni di volontariato.

Per assicurare una professionalità uniforme, un approccio univoco e una metodologia comune di lavoro si rende necessario predisporre a livello regionale un corso specifico per approfondire e discutere temi riguardanti i principi della qualità e della qualità percepita dagli utenti, rivolto ai referenti aziendali della Carta dei Servizi, ai responsabili degli Uffici Relazioni con il Pubblico (URP) e al personale dei servizi / Uffici Qualità.

La Carta dei Servizi sanitari si pone nel nostro Paese la finalità di produrre effetti di miglioramento della qualità all'interno dei servizi sanitari partendo dalla dimensione della qualità percepita.

Il Servizio Sanitario Italiano delineato dai D.Lgs. 502/92 e 517/93 configura una maggior competitività tra gli erogatori delle prestazioni sanitarie, sia tra *pubblico* e *privato*, sia soprattutto tra le stesse strutture pubbliche.

L'art.14 del D. Lgs. 502/92 sul riordino della disciplina in materia sanitaria, fissa alcuni principi sulla partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini riconfermati dalla Carta dei Servizi sanitari. La norma infatti raggruppa tutti i temi centrali della Carta dei Servizi, individuando nella personalizzazione, nell'umanizzazione, nel diritto all'informazione e nell'andamento dell'attività di prevenzione i principali fattori della qualità dei servizi sanitari.

La stessa norma inoltre tra le altre cose afferma il diritto al reclamo contro gli atti o i comportamenti che negano o limitano la fruibilità delle prestazioni sanitarie fissandone le procedure per la definizione.

Per cui le strategie aziendali devono porsi l'obiettivo di garantire agli utenti che si rivolgono ai servizi il raggiungimento di ciò che hanno bisogno e di ciò che richiedono.

Perciò tutto il personale aziendale, inclusa la dirigenza, deve essere fortemente motivato e interessato a ciò che gli utenti, le loro famiglie e la comunità nel suo insieme pensano dei servizi, di come li percepiscono, quale giudizio esprimono e come diffondono il loro pensiero.

J. Vretveit definisce in questi termini la scarsa qualità: *la scarsa qualità percepita dal cliente è costosa, molto più costosa di alcuni cambiamenti - di solito di piccola portata - necessari per evitare le più comuni cause di insoddisfazione.*

L'Azienda Sanitaria che deve organizzare un sistema di *gestione del reclamo* trasparente, standardizzato ed efficiente, in grado di garantire uniformità di trattamento, riservatezza e soddisfazione dell'utente, integrando la gestione del reclamo in un progetto di miglioramento integrale della qualità dei servizi.

La Carta dei Servizi infatti non solo ha come scopo la tutela dei cittadini, ma mette in risalto anche la loro partecipazione al controllo di qualità del servizio. Pone l'attenzione inoltre sulla produzione e diffusione di *report* periodici relativi allo stato di avanzamento degli indicatori scelti per essere monitorati.

I problemi, dunque, legati alla valutazione della soddisfazione degli utenti sono diversi sia dal punto di vista metodologico sia sulla ricaduta effettiva nel miglioramento continuo della qualità.

Uno dei problemi fondamentali che si presenta a chi deve implementare un progetto per affrontare i temi della qualità e del suo processo di miglioramento riguarda il clima e la cultura (atteggiamenti - conoscenza - stereotipi, ecc.) di coloro che per la prima volta devono intraprendere una riflessione sul tema qualità e che tra l'altro viene vissuto come profonda innovazione. E' chiaro a tutti quanti quali sono gli ostacoli che di solito il personale pone ai cambiamenti, ostacoli che possono essere rimossi solo con una valida, approfondita e costante attività formativa.

La creazione di una cultura della qualità del servizio, diffusa e uniforme, diventa quindi la strategia aziendale per il cambiamento, necessaria per implementare e sostenere un programma di introduzione della Carta dei Servizi nelle Aziende sanitarie, da qui la necessità che la definizione del Piano formativo annuale e la sua attuazione siano demandati al referente aziendale della Carta dei Servizi e al responsabile della formazione.

### **5.1.7.2. Linee guida per la gestione del reclamo**

1. Definire una strategia aziendale per raggiungere le finalità definite nella Sezione Quarta della Carta dei Servizi.

2. Creare in tutte le Aziende sanitarie della Regione l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) come struttura organizzativa responsabile dell'iter procedimentale del reclamo, in stretto collegamento con la Direzione Generale, la Direzione Sanitaria e Amministrativa, nonché con il Servizio / ufficio Qualità.
3. Predisporre le risorse umane, le strutture, i mezzi e le modalità operative necessarie allo svolgimento di tutte le attività dell'URP.
4. Formare tutto il personale responsabile degli URP e dei Servizi / Uffici Qualità delle Aziende sanitarie umbre attraverso un corso che abbia la finalità di omogeneizzare i concetti e principi della qualità percepita e di standardizzare nella Regione la procedura di gestione del reclamo.
5. Definire la gestione del reclamo come parte integrante del progetto di valutazione della soddisfazione dell'utente e individuare lo specifico iter delle seguenti fasi:
  - raccolta del reclamo
  - istruttoria
  - parere sanitario
  - risposta all'utente
  - riesame
6. Implementare l'informazione / comunicazione sulla gestione del reclamo a tutti gli operatori dell'Azienda Sanitaria.
7. Disporre l'analisi qualitativa e quantitativa dei reclami, il trend e la comparazione temporale, ed inviare i report ogni sei mesi alla Direzione Generale e Sanitaria.

### **5.1.7.3. Linee guida per la formazione**

1. Definire una strategia aziendale per la qualità a lungo e medio termine e per l'applicazione della Carta dei Servizi in tutti gli ambiti aziendali.
2. Predisporre le risorse umane, i mezzi e le modalità operative necessarie ad attivare il progetto formativo.
3. Analizzare il fabbisogno formativo (UU.OO.-servizi - n° e tipo di operatori) del personale dell'Azienda Sanitaria in relazione alla propria strategia definita per la qualità e alle indicazioni regionali.
4. Progettare la formazione a piccoli gruppi interprofessionali (25 persone) in base agli obiettivi formativi da raggiungere.
5. Utilizzare il metodo didattico interattivo che coinvolge proficuamente i partecipanti al corso e permetta di:
  - approfondire i concetti generali sulla qualità e quelli specifici sulla qualità percepita;
  - produrre, attraverso il lavoro di piccoli gruppi, progetti di miglioramento della qualità percepita derivanti dall'analisi della Carta dei Servizi e che portino alla completa applicazione degli obiettivi definiti dalla stessa.
6. Definire il progetto formativo - *contenuti* - in modo di conseguire i seguenti risultati:
  - acquisizione e condivisione di una definizione di qualità;
  - costruzione di un proprio concetto di qualità percepita dai clienti;
  - individuazione di strumenti e metodi per misurare la qualità a dimensione cliente;
  - conoscenza della Carta dei Servizi : finalità, obiettivi, indicatori e acquisizione del metodo per la scelta degli indicatori prioritari da monitorare;
  - acquisizione dell'utilizzazione della check list per analizzare i miglioramenti ottenuti con l'applicazione della Carta dei Servizi;
7. Valutare sempre l'attività formativa svolta per raccogliere e diffondere ai partecipanti stessi i suggerimenti da loro proposti.

8. Valutare a distanza l'impatto prodotto dalla formazione sulla attuazione della Carta dei Servizi e individuare i cambiamenti e/o miglioramenti proposti e/o attuati dai singoli operatori e/o da gruppi di professionisti.

#### **5.1.7.4. Linee guida per il coinvolgimento delle associazioni di volontariato**

Definire una strategia aziendale per il coinvolgimento delle Associazioni di Volontariato all'interno delle Aziende sanitarie in termini di presenza e attività svolta.

Creare in tutte le Aziende sanitarie presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, l'elenco delle Associazioni che sono presenti e svolgono le loro attività all'interno delle strutture sanitarie.

Definire con il consenso delle Associazioni un programma di intervento per l'adeguamento delle strutture e dei servizi alle esigenze provenienti dai cittadini.

Predisporre progetti di attività per i volontari nei quali gli interventi non devono mai varcare la soglia di riservatezza del cittadino né interferire con le scelte professionali degli operatori sanitari.

Produrre in ogni Azienda Sanitaria una *Guida al Volontariato* che sia uno strumento di conoscenza e di consultazione per il cittadino e nello stesso tempo consenta alle Associazioni di conoscersi.

## **5.2 ATTI DI INDIRIZZO PROGRAMMATICO GENERALE DA VARARE ENTRO IL 1/9/1999**

Entro tale data saranno elaborati e varati specifici atti di indirizzo programmatico generale sui seguenti temi:

- Prevenzione nei luoghi di lavoro.
- Promozione e tutela della salute materno-infantile.
- Lotta alle nefropatie.
- Promozione e tutela della salute degli immigrati.
- Lotta all'AIDS.
- Promozione e tutela della salute mentale.
- Riduzione del danno da dipendenze.
- Prevenzione, assistenza e riabilitazione delle condizioni di disabilità.
- Lotta alle malattie cardio e cerebrovascolari.
- Promozione e tutela della salute dentale.

Saranno inoltre promulgate linee guida regionali sui seguenti temi:

- infezioni ospedaliere;
- disturbi del comportamento alimentare;
- osteoporosi.

Di seguito vengono riportati gli atti di indirizzo programmatico generale di cui alla DCR 767 del 10 gennaio 2000.

## 5.2.1 PREVENZIONE NEI LUOGHI DI LAVORO

### A) CORNICE

**A.1)** In Umbria gli infortuni e le malattie professionali sono ancora oggi troppo spesso causa di danni alla salute.

Si tratta di un'area della sanità pubblica con una base epidemiologica del tutto inadeguata, fatto che ha costretto sia la programmazione sanitaria nazionale che regionale a definire obiettivi di salute espressi in termini di riduzione della frequenza assoluta dei danni da lavoro.

Nella nostra regione fonti INAIL per gli infortuni avvenuti nel 1998 e denunciati nello stesso anno offrono le seguenti cifre:

- 31 infortuni mortali nel 1998 e altri 10 nei primi 4 mesi del 1999;
- per l'anno 1998 in Umbria, 19.903 casi di infortuni avvenuti e denunciati e 738 malattie professionali.

Il recentissimo rapporto "Prometeo. Atlante della Sanità Italiana 1999" documenta la situazione del settore attraverso il calcolo dei tassi di invalidità per esito (temporanee e permanenti) e per classe di età, determinatesi nel 1996 e definite dall'INAIL entro il 30 giugno 1998, rapportate alla popolazione residente nelle rispettive classi di età.

	Invalidità temporanee				Invalidità permanenti			
	<30 anni	30-49 anni	50 anni e più	Totale	<30 anni	30-49 anni	50 anni e più	Totale
<b>Totale</b>								
<b>Umbria</b>	<b>737,3</b>	<b>1400,0</b>	<b>747,0</b>	<b>2884,3</b>	<b>27,3</b>	<b>78,9</b>	<b>76,4</b>	<b>182,7</b>
Emilia R.	969,7	1358,6	563,3	2891,6	21,3	53,9	48,2	123,4
Marche	791,4	1240,8	786,5	2818,8	21,8	74,3	82,9	179,1
Toscana	624,9	1046,3	483,9	2155,1	14,7	48,3	45,2	108,2
<b>Italia</b>	<b>521,0</b>	<b>819,3</b>	<b>318,2</b>	<b>1658,0</b>	<b>12,5</b>	<b>36,8</b>	<b>28,2</b>	<b>77,6</b>

Dai dati emerge che l'Umbria, come altre regioni del centro Italia, si colloca al di sopra dei valori nazionali, verosimilmente anche per una minore sotto notifica degli infortuni. Inoltre oscillazioni negli indici presentati possono essere dovuti alla particolare composizione del numeratore (che può risentire della diversa efficienza degli uffici INAIL) e della inappropriatazza del denominatore utilizzato.

Bisogna poi considerare che i dati ufficiali non comprendono, soprattutto per le malattie professionali, molte patologie sia tradizionali che emergenti (es. da videoterminali, patologie da posture incongrue, patologie da stress ecc.), difficilmente riconosciute come malattie professionali; anche i tumori professionali sono sicuramente sotto stimati, infatti a fronte del gran numero di sostanze potenzialmente cancerogene utilizzate nelle aziende, vengono riconosciuti pochissimi casi di tumori professionali.

**A.2)** Tali dati, estremamente preoccupanti sulla dimensione dei danni da lavoro, sono il portato di condizioni "vecchie" e di innovazioni e cambiamenti che intervengono nella nostra società e nel

mondo del lavoro, e che comportano modificazioni tanto nelle tipologie dei soggetti esposti a rischio, che nelle modalità stesse di esposizione.

Tra i tanti, ricordiamo:

- la disoccupazione, che spinge ad accettare lavori precari, temporanei e spesso non in regola;
- la crisi economica che induce le aziende a risparmiare sui costi per la prevenzione e del personale, quindi a ridurre gli organici, ad aumentare i ritmi, a praticare il subappalto e a ricorrere al lavoro nero ed a mano d'opera poco esperta o proveniente da altri Paesi;
- l'organizzazione del lavoro, rivoluzionata da un lato dall'ingresso di nuove tecnologie, che consentirebbero relazioni lavorative meno stressanti e patogene e improntata dall'altro lato alla ricerca della massima produttività al costo più basso. Questo può tradursi in ambienti di lavoro non idonei, nell'uso di macchine non sicure, in minore manutenzione, nella non attivazione di procedure di sicurezza, nella non esecuzione di visite mediche preventive e periodiche di adeguata efficacia preventiva e diagnostica;
- l'aumento dell'età media dei lavoratori dovuta all'innalzamento dell'età pensionabile;
- l'ingresso delle donne in alcuni settori e ambiti lavorativi tradizionalmente riservati agli uomini;
- la crescente presenza di lavoratori immigrati con rilevanti concentrazioni nei settori della metallurgia, delle costruzioni e dell'agricoltura.

**A.3)** Quanto all'evoluzione della normativa si tratta di tenere presenti:

a) l'applicazione da quanto previsto dal D.lgs 626/94 e successive integrazioni, con una serie di impegni sul terreno:

- della crescita ed affermazione di una cultura della salute che consenta di affrontare adeguatamente le responsabilità connesse con la valutazione dei rischi da parte datoriale;
- della netta divisione tra i ruoli dei servizi di prevenzione pubblici e degli operatori che vi operano con i ruoli dei servizi aziendali e gli operatori che vi operano;
- della necessità di invertire la tendenza alla marginalizzazione dei lavoratori e dei medici competenti nell'ambito dei processi previsti per l'attivazione ed il funzionamento del "sistema di prevenzione" aziendale;
- della formazione continua degli RLS, chiamati al ruolo estremamente impegnativo di rappresentare i problemi di salute dei lavoratori;
- del supporto organizzativo, formativo e di consulenza alle imprese di minori dimensioni, dove l'applicazione di questa normativa può comportare consistenti problemi dovuti sia ai costi che alle competenze necessarie;
- la validazione delle procedure (in particolare quelle relative alla efficacia preventiva degli esami previsti per i lavoratori esposti a rischio) e l'accreditamento dei servizi e dei professionisti che supportano la valutazione dei rischi, la formazione dei lavoratori o la stessa messa in opera delle misure di prevenzione;
- della piena utilizzazione del Comitato di Coordinamento sulla sicurezza e sulla salute sui luoghi di lavoro di cui al DPCM 5 dicembre 1997, che nel 1998 ha si è attivato soprattutto con interventi sul terreno dell'edilizia e in stretta connessione con la ricostruzione nella fase del dopo terremoto, ma che può diventare una potente risorsa sul terreno delle azioni intersettoriali per la promozione della salute e la prevenzione dei rischi e dei danni da lavoro;

b) la ristrutturazione dei servizi impiantistici successivamente alla riconversione delle risorse allocate negli ex- LESP.

**A.4)** Le problematiche connesse con l'attivazione dei Servizi di prevenzione e protezione delle nostre aziende sanitarie ed ospedaliere sono oggetto di una indagine ad hoc, che fornirà entro la fine del corrente anno una approfondita rappresentazione degli interventi necessari per tutelare la salute dei lavoratori della sanità. Pertanto il presente Atto di indirizzo non affronta questa problematica,



rimandando a successive determinazioni della Giunta Regionale per la definizione dei necessari interventi.

**A.5)** Infine in sede di cornice, vanno ricordate le problematiche create in Umbria dal terremoto del settembre 1997, con la conseguente fase di ricostruzione che sta sottoponendo ad un enorme sforzo di vigilanza e di integrazione funzionale i servizi di prevenzione delle USL.

## **B) PROBLEMI DI SALUTE**

Sono stati individuati, come prioritari per il triennio, i seguenti problemi di salute:

### **B.1) La conoscenza delle esposizioni e dei danni da lavoro**

Per quanto possa sembrare paradossale, dopo anni di estenuante dibattito, ancor oggi le informazioni sulla salute dei lavoratori derivano da sistemi informativi finalizzati a funzioni assicurative e quindi pesantemente inadatti a rilevare la situazione epidemiologica nel campo della salute occupazionale.

Come esempio basti sapere che rispetto ad una stima molto conservativa dei tumori di origine professionale pari al 2-4% di tutti i tumori maligni (circa quattromila casi all'anno a livello nazionale), l'attuale sistema di notifica delle malattie professionali permette di indennizzare meno dell'1% dei casi stimati ed è quindi uno dei sistemi di sorveglianza più insensibili ed aspecifici oggi esistenti.

Oltre ad essere estremamente imprecisi questi sistemi sono inoltre orientati alla sola rilevazione dei danni, il che contrasta con la necessità di intervenire sulle esposizioni, che spesso determinano patologie cronico degenerative.

Per effetto di questa diversa impostazione non disponiamo delle informazioni necessarie per rispondere a domande fondamentali del tipo:

- la situazione epidemiologica nei luoghi di lavoro è oggi migliore o peggiore rispetto al passato;
- quale è l'entità delle esposizioni a rischio e dei danni?
- gli interventi attivati sono efficaci (ed in quale misura), per risolvere i problemi di salute nei luoghi di lavoro?

Un investimento per creare la base epidemiologica atta a rilevare queste fondamentali informazioni è oggi irrinunciabile.

### **B.2) Prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali.**

Nonostante le carenze conoscitive esposte nel paragrafo precedente, i fenomeni rilevabili attraverso le fonti informative oggi esistenti caratterizzano la nostra regione come una di quelle in cui gli infortuni sul lavoro comportano una frequenza di eventi, spesso mortali, drammatica.

La congiuntura specifica delle attività di ricostruzione legate alla fase post terremoto, permette di individuare come problema di salute prioritario nel triennio quello della prevenzione infortunistica nei cantieri edili.

In agricoltura assistiamo ad un alto numero di eventi mortali che però interessano non solo gli operatori del settore, ma anche cittadini che svolgono attività lavorative sussidiarie con attrezzature ed in condizioni tali da creare le basi per gravi incidenti.

Vi sono molteplici segnali relativi ad un uso illegale ed altamente a rischio, di lavoratori immigrati in diverse attività produttive (agricolture, edilizia, etc.) che richiede interventi congiunti con gli ispettorati del lavoro.

Vanno inoltre tenuto conto delle ulteriori criticità che emergono nell'ambito della tutela della salute riproduttiva, per la maggiore presenza delle donne in molteplici attività produttive.

Su un altro versante, l'area impiantistica, dopo la riconversione dei laboratori ingegneristici ed impiantistici dei LESP, necessita di una riorganizzazione che consenta di fornire adeguati supporti alle attività di prevenzione sia negli ambienti di vita che in quelli di lavoro e di una omogeneizzazione dei protocolli di intervento sul territorio regionale.

La legge 626/94, armonizzando la normativa italiana con quella europea, ha previsto una diversa impostazione delle attività di prevenzione dei luoghi di lavoro, che esalta il contributo della parte datoriale, su cui ricadono le principali responsabilità in termini di valutazione ed abbattimento dei rischi. Pertanto, a fianco dei dovuti interventi volti a sviluppare la cultura della salute tra imprenditori e lavoratori è del tutto necessario attivare una azione di rilevazione delle modalità e delle dinamiche della applicazione di tale normativa nella nostra realtà regionale, cogliendo il grado di consapevolezza raggiunto sul nuovo approccio alla prevenzione introdotto dal decreto, utilizzando uno strumento e un metodo omogenei a quelli di altre regioni, in modo da poter effettuare confronti e rilevare aree critiche.

### **B.3) La promozione della salute**

Assumere un approccio globale in tema di salute nei luoghi di lavoro, implica la necessità di prevedere azioni per realizzare i guadagni di salute connessi con le attività di promozione oggi possibili anche in questo settore, assumendo l'intersectorialità come terreno principale di intervento.

In questo ambito sono al centro della nostra attenzione:

- l'attivazione di politiche formative di base concordate con il mondo della scuola, (visto come Ente che promuove la salute) per l'acquisizione da parte degli studenti - soprattutto nelle scuole professionali - di conoscenze ed atteggiamenti che promuovano il lavoro come fattore di benessere e nelle attività di formazione connesse con quanto previsto dalla L. 626/94, dove è urgente intervenire per indirizzare e regolare quanto previsto in tema di sviluppo delle conoscenze dei lavoratori;
- lo sviluppo della cultura della salute in tutta la società umbra, per far sì che la continua innovazione dell'organizzazione del lavoro, permessa dallo sviluppo delle forze produttive, sia utilizzata anche per la creazione di posti di lavoro salubri e motivanti, con ruoli e contesti positivi per l'affermazione delle capacità creative e per una maggiore realizzazione delle lavoratrici e dei lavoratori;
- l'adozione ed il supporto a politiche per il lavoro (economiche e fiscali soprattutto) che garantiscano redditi ed inserimenti lavorativi basati sul rispetto della dignità umana, e dell'uguaglianza dei diritti e consentano di sostenere l'inserimento, nella contrattazione aziendale dei luoghi di lavoro con più di 50 addetti di programmi per la promozione della salute dei dipendenti.

## **C) OBIETTIVI DI SALUTE**

Così come i rischi ed i danni da lavoro derivano dal più generale sistema occupazionale, la realizzazione degli obiettivi di seguito proposti è affidata al complesso degli attori che intervengono sul sistema occupazionale, conseguentemente a quanto indicato dal PSR 1999-2001 a proposito di intersectorialità e governo della salute.

### **C.1) Riduzione dei rischi e dei danni da lavoro**

- Ridurre la frequenza (espressa come media mobile triennale) di casi mortali di infortuni sul lavoro denunciati all'INAIL di almeno il 20% entro il 2001, nei settori dell'edilizia, della meccanica e dell'agricoltura limitatamente ai lavoratori dipendenti ed ai coltivatori diretti;
- Ridurre la frequenza degli infortuni sul lavoro denunciati all'INAIL con una prognosi iniziale >40 gg nei settori dell'edilizia, dell'agricoltura e della meccanica di almeno il 20%, rispetto al 1998 (base line da acquisire) entro il 2001.
- Abolire entro il 2001 l'esposizione a livelli di rumore negli ambienti di lavoro con valori di Lep,d superiori a 90 dbA;
- Adottare entro il 2001 specifici piani aziendali per la sostituzione dei cancerogeni occupazionali o l'abbattimento delle esposizioni;
- Applicare i livelli di copertura vaccinale raccomandati in tutti i lavoratori a rischio.

### **C.2) Promozione della salute**

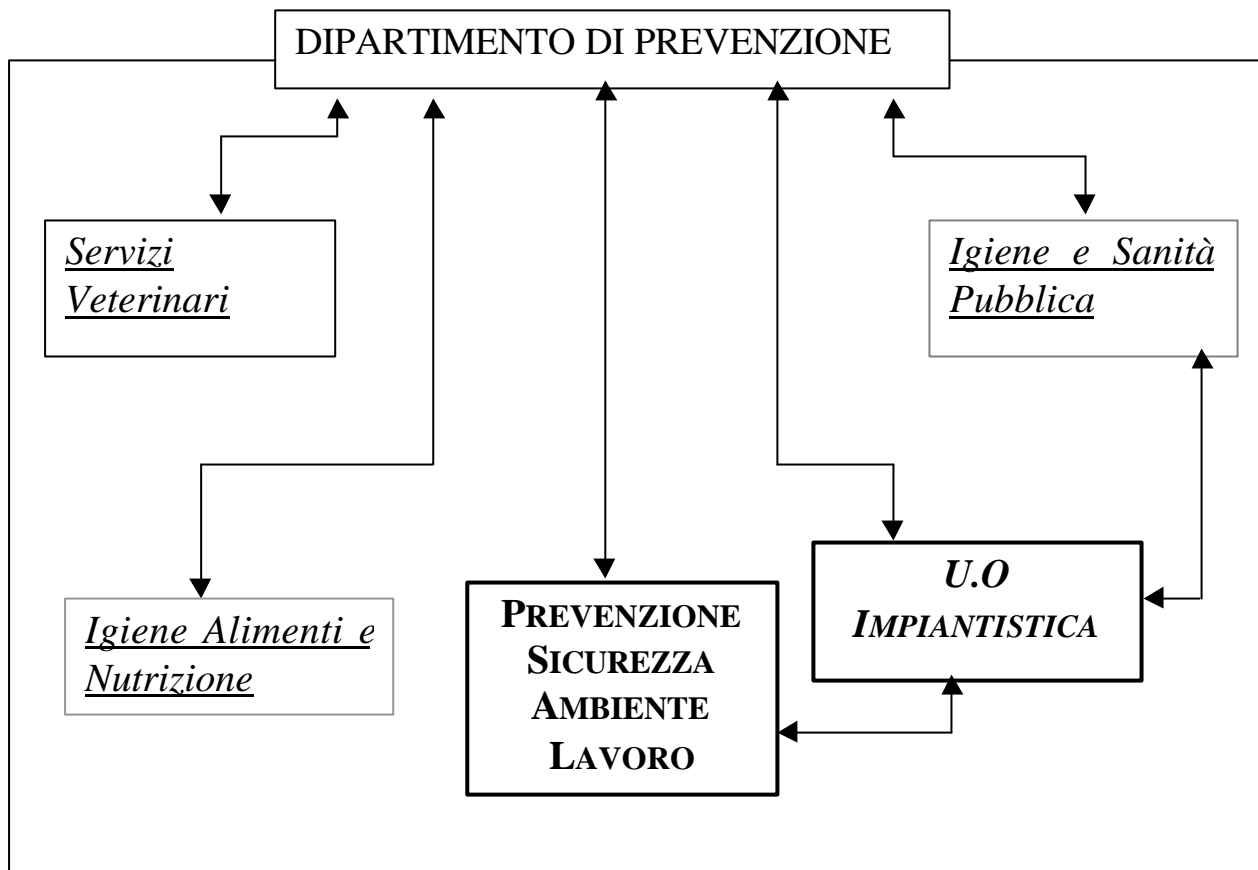
- Attivare entro il 2001 corsi inseriti in programmi di formazione e informazione mirati per specifici settori dell'artigianato e della piccola e media industria, per aumentare lo stato di conoscenza e migliorare le abitudini comportamentali tra i lavoratori, con particolare riferimento alle figure giuridiche individuate dal D.Lgs 626/94 e successive modificazioni ed integrazioni;
- Attivare entro il 2001 in almeno la metà delle scuole superiori umbre (con particolare attenzione alle scuole professionali) programmi per affermare una cultura della salute e della prevenzione nei luoghi di lavoro tra i giovani in via di formazione;
- Attivare entro il 2001 in almeno un terzo delle aziende con più di 50 addetti (con particolare riferimento al terziario) progetti di promozione della salute dei lavoratori in tema di alimentazione, attività fisica e regolamentazione del fumo di tabacco.

## **D) ASSETTI ORGANIZZATIVI GENERALI**

### **D.1) Assetto organizzativo e funzionale a livello di Azienda sanitaria ed ospedaliera.**

A livello di Azienda USL, nelle more della definizione delle modifiche imposte alla normativa regionale dalla legge 229/99, oltre alle funzioni svolte dagli SPSAL in base alla normativa di settore è necessario prevedere:

- a) uno specifico assetto organizzativo per le competenze impiantistiche, con una collocazione trasversale che consenta di rispondere alle esigenze connesse con la prevenzione negli ambienti di vita e negli ambienti di lavoro; la sua funzione è innovativa rispetto a quella storicamente svolta dai servizi Impiantistici, in quanto si tratta di supportare le attività di regolazione demandate all'Ente Pubblico piuttosto che la gestione del sistema "verifiche periodiche" delle attrezzature di lavoro;
- b) la netta divisione tra i ruoli dei servizi di prevenzione pubblici e degli operatori che vi operano con i ruoli dei servizi di protezione e prevenzione aziendali, pubblici e privati, e gli operatori che vi operano;
- c) una regolamentazione, all'interno del regolamento aziendale, dei rapporti tra servizi del DIP e Servizi ex art. 9 comma d) della LR 3/98, che salvaguardando le rispettive competenze, permetta di raggiungere sinergie;
- d) rapporti funzionali con i servizi di formazione e di educazione alla salute, per i supporti metodologici nell'organizzazione dei corsi formativi per operatori, RLS, etc.



Le attività di prevenzione nei luoghi di lavoro saranno supportate anche dall'Azienda Ospedaliera di Perugia (Istituto di Medicina del Lavoro e Tossicologia Professionale e Ambientale e Scuola di Specializzazione in Medicina del Lavoro), la cui collaborazione riguarderà:

- l'assistenza sanitaria ai lavoratori esposti al rischio e/o affetti da patologie professionali;
- i supporti specialistici alla messa a punto di efficaci protocolli di sorveglianza sanitaria dei lavoratori);
- i supporti diagnostici, strumentali e tossicologici per particolari esigenze e problematiche dei Servizi di prevenzione delle Az. USL, in quanto Centro di Riferimento per l'Igiene Industriale e la Tossicologia;
- la collaborazione ad attività formative specifiche organizzate dalla regione e a quelle di aggiornamento professionale, anche attraverso l'utilizzazione della biblioteca dell'Istituto;
- il supporto alle attività di accreditamento strutturale e professionale;
- collaborazioni sul versante dell'epidemiologia occupazionale e della ricerca finalizzata;
- altre materie previste da specifici accordi interaziendali o su mandato regionale.

## **D.2) Relazioni tra Aziende sanitarie e altri soggetti (istituzionali e non) competenti**

I principali interlocutori esterni al SSR sono rappresentati da:

- a) Comitato di coordinamento sulla sicurezza e sulla salute nei luoghi di lavoro di cui al DPCM 5 dicembre 1997: ha il compito di assicurare il coordinamento tra tutti i soggetti istituzionali che operano nel campo della prevenzione, tra cui l'INAIL per la gestione dei dati sugli infortuni e le malattie professionali e l'Ispettorato del lavoro, per la verifica congiunta del rispetto delle norme sulla sicurezza e di quelle sulla regolarità dei rapporti di lavoro.

E' necessario dare seguito applicativo a:

- protocollo d'intesa tra soggetti istituzionali delegati al controllo ed alle visite ispettive presso i cantieri delle costruzioni;

- protocollo d'intesa per l'attestazione della regolarità contributiva, previdenziale ed assicurativa mediante il documento unico di cui all'art. 19 della legge regionale 12 agosto 1998, n. 30;
- approvazione del modello di notifica preliminare per lavori assistiti da contributo pubblico;
- b) la Scuola (in particolare con gli Istituti Tecnici e con le Scuole professionali) al fine di costruire una cultura della salute e della prevenzione nei luoghi di lavoro prima dell'accesso al mondo del lavoro;
- c) le associazioni sindacali relativamente alla verifica dell'applicazione del 626, all'analisi dei rischi e delle situazioni critiche e, soprattutto alla attività di formazione ed informazione verso lavoratori, RLS, e altre figure giuridiche individuate dalla vigente normativa;
- e) i servizi di prevenzione e protezione ambientale sia per gli aspetti di vigilanza previsti dalla normativa vigente che per le attività di indirizzo tecnico scientifico.
- f) le associazioni datoriali;
- g) altri enti ed organismi che intervengono sugli ambienti di lavoro in materie attinenti la prevenzione (INAIL, Ispettorato del lavoro, VV.FF, etc).

## **E) SISTEMI OPERATIVI TECNICO SPECIFICI**

Nel triennio assume rilevanza, al fine di affrontare i problemi di salute descritti e di raggiungere gli obiettivi enunciati, l'ulteriore sviluppo di adeguati sistemi operativi per:

- 1) *aumentare l'efficacia delle attività e del sistema complessivo di tutela della salute dei lavoratori;*
- 2) *valorizzare, al di là del mero riscontro dell'adempimento formale, le attività connesse con la verifica dell'applicazione del D.lgs 626/94;*
- 3) *supportare lo sviluppo di adeguate attività di formazione ed educazione alla salute dei lavoratori e degli RLS e delle altre figure giuridiche previste dalla normativa di settore;*
- 4) *attivare / potenziare l'inserimento nei curricula formativi delle scuole di ordine tecnico di contenuti relativi alla cultura della salute e della prevenzione nei luoghi di lavoro.*

**E.1)** *Il piano assume l'efficacia come requisito base dei sistemi operativi tecnico specifici che i professionisti adottano nell'esercizio delle loro funzioni.*

L'efficacia nel campo della prevenzione dei luoghi di lavoro è in questa sede, riferita principalmente ai seguenti aspetti:

- a) ulteriore messa a punto di protocolli di intervento per le attività ispettive svolte dagli SPSAL e dalle unità operative dei servizi impiantistici, che prevedano almeno:
  - riferimenti normativi omogenei;
  - presa in esame dei rischi connessi con le specifiche fasi lavorative;
  - modalità applicative omogenee nelle diverse fasi per tutti i territori regionali, in modo da evitare la creazione di zone a trattamento differenziato, sia nel senso di una eccessiva applicazione di criteri che in quello di una minore intensità di controlli/criteri preventivi;
- b) messa a disposizione dei medici di azienda di linee guida sulle pratiche diagnostiche efficaci ai fini della prevenzione delle tecnopatie professionali. Qui si tratta di censire, in collaborazione con l'ISPESL, con l'Università e con le istituzioni attive nel settore, le evidenze di efficacia preventiva e diagnostica disponibili, tenuto conto, a parità di efficacia, dei costi connessi, coinvolgendo in tale attività ovviamente anche gli operatori che saranno chiamati ad utilizzarle.

**E.2)** L'azione di monitoraggio e controllo sulla 626/94 si articola in due fasi distinte concettualmente ma fortemente integrate fra loro:

- una fase "conoscitiva" in cui si verifica come il 626 è applicato concretamente nelle aziende;
- una fase di "trasformazione" in cui si interviene per correggere le situazioni in cui ciò non avviene, con l'obiettivo di garantire una migliore applicazione.

In tal modo si cercherà di monitorare, nell'arco di un triennio l'applicazione del D.Lgs. 626/94, inserendo il piano di monitoraggio nelle attività dei servizi, valutando non solo gli aspetti formali, burocratici, ma verificando la sostanziale adesione al decreto con l'attuazione di dinamiche di trasformazione nelle aziende.

Per la realizzazione di quanto sopra, sarà adottato uno strumento comune pratico- applicativo per verificare la corretta e sostanziale applicazione delle norme (per l'utilizzo di tale strumento, composto da 15 schede guida, sono già state organizzate attività di formazione) oltre che su oggetti materiali o su agenti chimici e fisici misurabili e quantificabili, anche sull'organizzazione aziendale, sui processi e sulle relazioni.

**E.3)** Lo sviluppo di adeguati programmi di formazione e di educazione alla salute dei lavoratori, degli RLS e delle altre figure giuridiche previste dalla vigente normativa rappresenta una condizione preliminare alla efficace applicazione del D.lgs 626/94 e della normativa ad essa collegata.

I servizi sono chiamati a supportare lo sviluppo di programmi formativi mirati per definiti settori di attività, con priorità verso gli operatori della piccola e media impresa. In questo caso oltre e più che alla partecipazione allo svolgimento diretto di interventi formativi ed educativi, si tratta di svolgere un ruolo di supporto, verifica e revisione della qualità dei programmi proposti, tanto dalla parte sindacale che da quella datoriale, puntando a garantire quella base di conoscenze che può consentire ai lavoratori ed ai loro rappresentanti di conoscere i rischi presenti negli specifici ambienti di lavoro e di avere strumenti per verificare l'effettiva portata e realizzazione degli interventi preventivi attivati dal datore di lavoro.

In questa cornice la Regione dell'Umbria, anche attraverso il Comitato di coordinamento inter istituzionale svolge una azione generale di confronto con le organizzazioni sindacali ed imprenditoriali, prevedendo altresì una partecipazione attiva dell'Università alle attività di formazione.

**E.4)** L'attivazione o, ove già presenti, la verifica e l'eventuale potenziamento dei curricula formativi delle scuole superiori, tecniche e non, sulle materie della cultura della salute e della prevenzione nei luoghi di lavoro, rappresenta un classico esempio di "investimento per la salute" che avrà, opportunamente condotto, ricadute positive su tutta la comunità regionale.

In questo caso l'azione fa capo in primo luogo ad un intervento intersettoriale che vede come promotrice la Regione Umbria, con un grande ruolo di coordinamento interno (da affidare al Comitato di coordinamento inter istituzionale) e di confronto con l'Ente Provincia e con i due Provveditorati agli Studi, al fine di produrre accordi di settore per l'introduzione nei cicli scolastici di ore teorico pratiche dedicate alle materie della sicurezza e dell'igiene del lavoro, con il coinvolgimento diretto del corpo docente.

## **F) SISTEMI OPERATIVI PER L'APPROPRIATEZZA GESTIONALE**

Oltre alle importanti sinergie che si otterranno con le iniziative intersettoriali, i servizi dispongono, per la realizzazione di quanto previsto nel presente Atto di indirizzo, delle risorse umane, strumentali, tecnologiche e conoscitive già in dotazione.

Di ognuna di queste i responsabili dei Dipartimenti di Prevenzione e dei servizi che concorrono alla realizzazione di questo atto di indirizzo sono chiamati a verificare l'utilizzazione, alla luce di una

approfondita riflessione sulla effettiva appropriatezza gestionale con cui sono attualmente allocate.

C'è molto da fare in questo campo, ed il corretto espletamento di questa verifica rappresenta la condizione per una corretta utilizzazione di eventuali risorse aggiuntive.

Ciò premesso, perché vi sia un corretto rapporto tra i mezzi di cui l'organizzazione sanitaria dispone ed i fini che questo Atto di indirizzo individua, è necessario potenziare alcuni sistemi operativi funzionali ad una corretta gestione, pensandoli come supporti che facilitano il raggiungimento degli obiettivi di salute.

### **F.1) Attribuzione e gestione delle risorse**

Vanno in questa sede ricordati i fondi attribuiti alle aziende con DGR n. 3565 del 25/6/1998 che sono stati finalizzati principalmente a far fronte ai più urgenti bisogni di ammodernamento del parco tecnologico dei servizi di prevenzione.

Una ulteriore quota di risorse finanziarie sarà poi assegnata ai servizi di prevenzione delle ASL in sede di ripartizione del budget, essendo prevista dalla normativa nazionale l'autonomia gestionale del Dipartimento di Prevenzione, mentre la normativa regionale pone l'obiettivo di aumentare, dal 5 al 6% la percentuale di quota capitaria che viene assegnata alle attività di prevenzione e di cui quindi beneficeranno anche gli SPSAL ed i servizi impiantistici.

Vi sono poi i fondi finalizzati alla realizzazione del presente progetto, che consistono in circa 700 milioni per ciascuna delle annualità 2000 e 2001.

Tali fondi saranno attribuiti alle aziende territoriali in sede di riparto dei fondi per il 2000 e per il 2001 in base alla popolazione residente in età lavorativa (18-64), al netto della quota che verrà riservata al livello regionale per gli obiettivi previsti in materia di epidemiologia occupazionale, e saranno ripartiti tra i servizi interessati dalle direzioni aziendali, su proposta dei rispettivi DIP.

### **F.2) Sistemi di contabilità**

Le aziende sanitarie e l'Assessorato avvalendosi dei sistemi di contabilità economico - patrimoniale e analitica determinano i costi attribuibili ai servizi chiamati a realizzare il presente atto di indirizzo in modo da poter effettuare analisi costi - efficacia e costi efficienza e comparazioni tra servizi regionali e/o di altre regioni.

### **F.3) Valutazione di processo e di esito**

L'erogazione dei finanziamenti per il 2001 sarà subordinata alla verifica della effettiva realizzazione dei programmi aziendali, da parte dell'apposito Gruppo di lavoro Regionale per la verifica del processo e degli esiti del presente Atto di indirizzo.

Sarà acquisito, con incontri almeno annuali il parere delle organizzazioni sindacali in merito alla realizzazione, dal punto di vista dei lavoratori, di quanto previsto nel presente Atto di indirizzo programmatico.

### **F.4) Accredimento strutturale e professionale e formazione continua**

Il ruolo di "regolatore" che la 626/94 assegna ai servizi di prevenzione nei luoghi di lavoro, implica, per essere correttamente espletato, che si realizzi, nei tempi previsti dalla normativa nazionale, quanto previsto in termini di accreditamento dei servizi di prevenzione delle ASL, dei servizi di prevenzione e protezione ambientale delle aziende pubbliche e private e delle società di consulenza

e/o professionisti che supportano la valutazione dei rischi, la formazione dei lavoratori o la stessa messa in opera delle misure di prevenzione.

Le risorse finanziarie di cui al paragrafo F.1 trovano utilizzazione anche nella realizzazione di:

- corsi di formazione e di aggiornamento per gli operatori dei servizi, ove opportuno e possibile su base interaziendale, in modo da garantire omogeneità ai riferimenti culturali nonché a quelli operativi;
- corsi di formazione e aggiornamento, in seguito alla stipula di accordi e convenzioni con le organizzazioni datoriali e sindacali per RPPA e RLS.

## **F.5) Supporti conoscitivi: epidemiologia, sistema informativo, ricerca**

F.5.1) La constatazione della inadeguatezza della base conoscitiva, rappresenta una dolente ma costante nota che accompagna il lettore di questo Atto di indirizzo.

Dobbiamo quindi porci l'obiettivo di costruire, nel triennio una base informativa per l'osservazione epidemiologica, in modo da poter finalmente verificare l'efficacia pratica di quanto stiamo facendo. Si ritiene saggio, alla luce delle precedenti esperienze di informatizzazione, abbandonare ogni velleità di rappresentazione complessiva di rischi, danni ed attività; si vuole invece puntare alla creazione di un sistema epidemiologico ed informativo essenziale, che "rilevando il 20% degli indicatori proponibili", riesca a documentare l'80% dei fenomeni osservabili., in modo da valutare l'attività svolta, mettere a punto i programmi di lavoro, assicurare un adeguato flusso di dati, tale da poter svolgere studi epidemiologici sul fenomeno infortunistico e delle malattie da lavoro, comprese quelle "emergenti" ricordate in premessa al punto A.1).

Nel triennio rappresenta inoltre una priorità la messa in rete dei sistemi informativi delle varie U.O impiantistiche regionali.

F.5.2) La ricerca finalizzata regionale

L'Umbria partecipa, con altre regioni italiane, ad un progetto di ricerca ministeriale sulla valutazione dell'applicazione della 626/94.

La ricerca regionale finalizzata verterà:

- per il bando del 2000 sul tema della efficacia preventiva dei protocolli utilizzati nella sorveglianza sanitaria delle esposizioni a rischio di malattia professionale di maggiore rilevanza epidemiologica sul territorio umbro;
- per il bando del 2001 sul tema della miglioramento della appropriatezza gestionale dei servizi di prevenzione nei luoghi di lavoro.

## **G) MANUTENZIONE DEI CLIMI ORGANIZZATIVI E GESTIONE DEI RUOLI ESTERNI**

Tutte le organizzazioni per essere efficaci ed efficienti e raggiungere performance di buona qualità hanno bisogno di:

- creare un contesto motivazionale e relazionale tale da favorire l'identificazione dei membri nella "mission" aziendale, stimolando il senso di cittadinanza (fatta appunto di diritti e doveri) organizzativa tra gli operatori;
- socializzare le regole formali ed informali che stanno alla base della vita dell'organizzazione;



- gestire i rapporti con gli interlocutori esterni ed interni in modo da conseguire sinergie e gestire i ruoli conflittuali;
- rappresentare adeguatamente l'attività svolta in modo da giustificare agli occhi della società il suo costo di funzionamento.

E' altrettanto evidente che dei professionisti chiamati a gestire questi momenti fondamentali per la vita dell'organizzazione non riescono a mettere in campo approcci efficaci (salvo rari casi dovuti a particolari sensibilità), non avendo nei loro curricula formativi acquisito specifiche competenze.

Un primo elemento da curare è il clima interno attraverso:

- adeguate rappresentanze formali delle diverse componenti professionali, tecniche ed amministrative negli ambiti consultivi e decisionali (Consiglio di dipartimento, riunioni di servizio, Conferenza di servizio, etc);
- la creazione di momenti a diverso grado di formalizzazione, di relazioni tra i membri dell'organizzazione;
- un diversificato sistema premiante che valorizzi l'apporto dei fattori motivanti (riconoscimenti simbolici, gratificazioni sostanziali, valorizzazione dei contributi, cooptazione in commissioni di lavoro, richiesta di pareri, concessione di aree di ascolto, etc) oltre all'uso dovuto in base ai contratti vigenti, dei fattori soddisfacenti (retribuzioni e compensi monetari in genere).

La gestione dei ruoli esterni rappresenta una delle principali funzioni di un dirigente in una organizzazione professionale, e, nello specifico del settore in questione, sono rilevanti, anche ai fini della realizzazione degli obiettivi individuati, le modalità con cui si gestiscono le relazioni con:

- associazioni sindacali ed RLS;
- associazioni datoriali;
- Ispettorato del lavoro, INPS, INAIL, VV.FF;
- livelli politici territoriali.

E' bene che siano previamente definiti con la direzione aziendale e con quella di dipartimento i compiti di rappresentanza, ove oggetto di delega ai servizi, in modo da concordare modalità di interazione con gli interlocutori esterni al SSR, su terreni e con approcci che riescano a prefigurare vantaggi, e quindi interessi reciproci.

La Regione promuove l'attivazione da parte delle aziende di momenti formativi sui temi sopra indicati, eventualmente anche attraverso l'attivazione di corsi regionali svolti da personale di non improvvisata competenza, interno alla cultura dei servizi pubblici e alle problematiche organizzative delle organizzazioni professionali.

## **H) CALENDARIO DEGLI IMPEGNI PER IL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PIANO**

1) Entro il primo anno:

- avvio dei rapporti col mondo della scuola;
- inizio del monitoraggio sull'attuazione del 626;
- definizione degli indicatori per la costruzione del S.I.;
- definizione dei programmi aziendali.

2) Entro il secondo anno:

- assegnazione quote vincolate di finanziamento;
- verifica stato di avanzamento dei programmi aziendali, della utilizzazione delle quote assegnate ed eventuale concessione della successiva annualità di finanziamento;

- elaborazione, insieme alla scuola, dei programmi formativi per l'inizio dell'anno scolastico 2000/2001;
- prosecuzione monitoraggio 626 , elaborazione primi report periodici;
- sperimentazione del S.I. ed epidemiologico;
- attivazione delle procedure di accreditamento dei servizi pubblici e privati.

3) Entro il terzo anno:

- verifica stato di avanzamento dei programmi aziendali, della utilizzazione delle quote assegnate ed eventuale concessione della successiva annualità di finanziamento;
- prime valutazioni, messa a punto dei programmi di formazione concordati con la scuola;
- prosecuzione monitoraggio 626;
- messa a regime dei flussi del S.I.;
- valutazione di qualità dei servizi di prevenzione nei luoghi di lavoro e dei servizi impiantistici.

## 5.2.2. PROMOZIONE E TUTELA DELLA SALUTE DELLA DONNA E DELL'ETÀ EVOLUTIVA

### A) CORNICE

**A.1)** La base conoscitiva cui si riferisce il presente progetto è frutto della classica impostazione materno - infantile finora data, anche nella nostra Regione agli interventi di settore. Oggi sono maturi i tempi per un approccio più complessivo, in cui l'assistenza alla maternità rappresenti un elemento importante ma non esclusivo della salute della donna; parallelamente, vengono espanse le funzioni connesse con la salute in età evolutiva, rispetto alla quale presupposto irrinunciabile da cui far partire ogni intervento è rappresentato dalla "centralità del bambino", cui bisogna garantire risposte ai bisogni di salute fisica e psichica, anche prendendo in esame problematiche dell'età adolescenziale in modo da integrare ulteriormente gli interventi volti a sostenere uno sviluppo psichico e fisico il più possibile completo ed autonomo.

**A.2)** Per quanto riguarda il percorso nascita - ed i rischi ed i danni ad esso associati - in Umbria i dati più aggiornati sono quelli elaborati dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale in base ai Certificati di Assistenza al Parto (CEDAP) per l'anno 1997.

Dalla loro analisi, fatta salva una probabile lieve sottostima dei fenomeni dovuta a variazioni nella modalità di raccolta delle informazioni, ricaviamo alcune informazioni importanti per la programmazione sanitaria regionale:

- in Umbria abbiamo una bassa natalità con un tasso di 7,5/1000 abitanti. Nel 1997, si sarebbero avuti 6.023 nati di cui 137 gemelli, per un totale di 5886 parti. I parti sono avvenuti nei 17 punti nascita all'epoca attivi (attualmente ridotti a 12 per effetto del DCR 311/97), con una distribuzione non omogenea del numero dei nati: solo 4 punti nascita avevano un numero di nati/anno superiore a 500, 3 intorno a 100, 2 circa 30 nati/anno;
- i neonati a rischio con peso inferiore a 2500 grammi per quell'anno sono stati almeno 326. I parti con meno di 37 settimane di gestazione sono stati almeno 301. Tali eventi non si sono concentrati nei punti nascita dotati di strutture adeguate per il tipo di assistenza necessario, ma si sono distribuiti indifferentemente nei vari ospedali;
- la frequenza dei tagli cesarei è più alta di quella raccomandata dall'OMS, come giustificata in termini di indicazione medica, con distribuzione nei vari punti nascita molto diverse talché in alcuni ospedali è stato raggiunto il 38,7% per il cesareo di elezione;

- i nati morti, sempre per lo stesso anno, sono stati almeno 18. La bassa numerosità impedisce analisi dettagliate riferite ai vari punti nascita e va considerata globalmente;
- i dati ISTAT ci possono permettere di fare analisi più ampie in tal senso, ma quelli più aggiornati riguardano il 1995. Per quell'anno la mortalità perinatale (nati morti + morti entro la prima settimana/nati) per luogo d'evento ha fatto registrare un tasso di 6.8/1000 nati, con un tasso italiano di 7.6/1000. Se comunque confrontiamo i dati dell'Umbria con quelli delle regioni del Nord Italia, e anche con quelle limitrofe e simili per livelli assistenziali presumibilmente raggiunti, i dati non sono soddisfacenti, anche se indicano una evoluzione positiva rispetto agli anni precedenti;
- i dati riguardanti la cittadinanza della madre, indicano che sono 410 i nati da madre straniera, per la maggior parte (44,1%) di provenienza da altri Paesi europei e (24,9%) dall'Africa.

**A.3)** Per quanto riguarda le IVG si evidenzia il calo nell'ambito regionale tra il 1992 e il 1997 (ultimo dato disponibile presso l'Osservatorio Epidemiologico Regionale dell'Umbria). Nel 1997 si sono avuti 2.561 interventi per IVG, 120 in meno rispetto al 1996 e circa 400 in meno rispetto al 1992, il che corrisponde ad un tasso di abortività pari a 10,7 per mille donne in età fertile contro il 13 del 1992. Tali interventi sono stati effettuati in 12 centri regionali.

Il 98,5% di IVG è stato effettuato entro i primi 90 giorni, l'1,3% (pari a 34 casi) dopo tale data.

La percentuale delle IVG su donne non residenti in Umbria è il 20% del totale. Circa il 17% delle donne risulta essere straniera, una percentuale che è aumentata nel corso degli anni, e di queste il 13,8% è anche cittadina straniera.

Il 2% delle IVG (51) sono state effettuate da minorenni

**A.4)** Dati regionali sulla morbosità perinatale e sulle sue conseguenze non sono al momento disponibili, con l'eccezione di quelli forniti dal Registro Umbro Malformazioni Congenite. I dati evidenziano un trend in calo nell'andamento dei tassi globali dei nati con anomalie; si pongono però problemi di interpretazione di questa tendenza, di per sé positiva, in quanto i tecnici del Registro si sarebbero aspettati, anche nel periodo considerato, un incremento data la maggiore capacità diagnostica (come osservato in effetti per le cardiopatie congenite), che avrebbe dovuto compensare le riduzioni comportate dalla diffusione della diagnosi prenatale e quindi dell'aborto selettivo (che comunque va ad intervenire su pochi, gravi casi di malformazione). Ciò premesso, dal 1983 al 1996 sono state diagnosticate 1872 malformazioni in 1787 nati con una o più malformazioni alla nascita, corrispondenti ad un tasso medio (la punta massima si è avuta nel 1994) di 20,4 malformazioni diagnosticate ogni 1000 nati, e di 19,5 nati con malformazione ogni 1000 nati. Nel 1996 il tasso è stato di 15.7/1000.

Per attuare quanto stabilito dalla L.5/2/92 e dalla DGR n. 1854/94 relativamente all'obbligatorietà nel periodo neonatale dell'esecuzione degli screening su ipotiroidismo congenito, fenilchetonuria e fibrosi cistica, nel corso del 1997 si sono attivate in Umbria tutte le convenzioni con un unico laboratorio di riferimento (Croce Rossa Italiana di Roma). Nel 1998 sono stati screenati 6704 nati, uno è risultato positivo per la fibrosi cistica e 4 per ipotiroidismo congenito. Dati sulla copertura non sono attualmente disponibili essendo in corso la raccolta e revisione di qualità dei dati CEDAP 1998.

## **B) PROBLEMI DI SALUTE**

### **B.1) Inadeguatezza delle conoscenze epidemiologiche**

Manca la base conoscitiva relativa alla salute della donna.

Inoltre l'Osservatorio Epidemiologico Regionale attualmente raccoglie solo parzialmente i dati relativi alla funzione riproduttiva ed al percorso nascita. E' necessario, anche superando i problemi posti per l'utilizzo del CEDAP dalle nuove disposizioni legislative, mettere a regime il flusso per ottenere dati in tempo reale e superare la scarsa attenzione finora riservata dalle direzioni aziendali alla costruzione di una corretta base epidemiologica.

### **B.2) Rischi e danni nel percorso nascita (gravidanza, parto, puerperio)**

Per ridurre la mortalità, la morbilità perinatale e l'handicap, per seguire correttamente le gravidanze a rischio indirizzandole a centri adeguati, per promuovere l'allattamento materno, è necessario fare ulteriori passi sulla strada delle indicazioni già fornite dalla DGR n. 4773 del 23/06/94 che riguardano in particolare:

- il completamento della riorganizzazione della rete dei punti nascita nei diversi livelli, privilegiando il trasferimento "in utero" ed adeguando il trasporto con unità mobili neonatali;
- l'uso di protocolli comuni per la gravidanza, come le linee guida per la gravidanza fisiologica, migliorando nel contempo gli standard tecnici e organizzativi relativi alla diagnosi prenatale;
- l'umanizzazione delle cure relative al percorso nascita (gravidanza, parto, puerperio), sia all'interno delle strutture sanitarie che a domicilio, anche nel rispetto delle differenze etniche e culturali, riducendo l'uso di tecnologie e pratiche sanitarie di non provata efficacia;
- l'integrazione dei servizi territoriali e ospedalieri per garantire continuità di assistenza durante tutto il percorso nascita, compresa la attività di diagnosi prenatale e con particolare riguardo alla attuale tendenza alla dimissione precoce dopo il parto (attivazione precoce dei pediatri di base e della assistenza ostetrica domiciliare).

### **B.3) Rischi e danni nell'infanzia e nell'adolescenza**

A partire da una condizione di salute dell'infanzia e dell'adolescenza complessivamente buona, si evidenziano le seguenti aree problematiche:

- disomogenea individuazione dei bambini con problemi di salute rilevanti e mancanza di programmi integrati di presa in carico;
- parziale attivazione degli screening per l'ambliopia;
- tassi di copertura vaccinale per alcune vaccinazioni non obbligatorie non ancora corrispondenti al programma EPI - OMS;
- probabile sotto stima dei casi di abuso sessuale.

A ciò corrisponde sul versante organizzativo la necessità di raggiungere una maggiore integrazione della attività della pediatria di base ed ospedaliera nel Dipartimento Materno Infantile delle ASL, l'opportunità di una ulteriore definizione dei compiti delle aziende ospedaliere in campo pediatrico, con una maggiore integrazione tra le diverse componenti professionali che intervengono sui pazienti pediatrici, nonché la ricerca di appropriate soluzioni organizzative per le attività specialistiche.

### **B.4) Sessualità e funzione riproduttiva consapevole**

Per intervenire attivamente relativamente ai problemi della sessualità e contraccezione, della gravidanza e puerperio, delle IVG, delle malattie sessualmente trasmesse, della menopausa, dei tumori della sfera genitale femminile, del disagio della coppia e della famiglia, della medicina preventiva in età evolutiva, è necessario nel triennio dare attuazione a quanto previsto dal cap. 4.1.14 del PSR 1999/2001 che prevede in sintesi:

- adeguare la rete dei consultori e il personale agli standard previsti;
- dedicare almeno il 40% dell'orario del personale alle attività di iniziativa;
- individuare livelli di coordinamento funzionale delle attività consultoriali a livello di distretto e di ASL, in seno al Dipartimento Materno Infantile;
- elaborare un sistema informatizzato per la rilevazione delle attività e un sistema di indicatori per la valutazione dei progetti.

### **B.5) Disabilità ed handicap in età evolutiva**

Per ridurre i problemi relativi al disagio psico-sociale, alla disabilità psichica e fisica, alle spesso conseguenti condizioni di handicap e per intervenire con maggiore appropriatezza sui problemi di salute mentale in età pediatrica ed adolescenziale, è necessario all'interno del triennio porsi come obiettivo prioritario la applicazione della L.104/92 e della DGR del 10/7/98. Va sviluppata l'integrazione tra il ruolo del pediatra di libera scelta (o del medico di medicina generale) con le attività dei servizi specialistici che intervengono a supporto della salute dei minori, ivi compresi i servizi di riabilitazione e salute mentale per minori che afferiscono funzionalmente al Dipartimento Materno Infantile e, sul piano gestionale, al distretto.

E' necessario prevedere, quindi:

- l'organizzazione, in questa cornice, dei servizi di riabilitazione e salute mentale, sia territoriali che semiresidenziali e residenziali;
- l'adeguamento del personale per le varie specificità professionali e aggiornamento;
- la messa in rete dei servizi esistenti con modelli operativi e organizzativi condivisi.

### **B.6) Danni da patologie tumorali prevenibili dell'apparato genitale femminile**

Per aumentare le possibilità di diagnosi precoce dei tumori della cervice uterina e della mammella, è necessario completare l'attivazione degli screening su tutto il territorio regionale rispettando la scadenza del 1999 indicata dalla DGR n. 4241 del 30 giugno 1997, garantendo:

- il monitoraggio sia a livello regionale che aziendale dell'andamento degli screening;
- l'adeguamento del personale dedicato e la sua formazione e aggiornamento;
- il completamento di strumentazioni tecnologicamente avanzate;
- la definizione di prestazioni di alta qualità e di percorsi organizzativi oltre che diagnostico terapeutici integrati basati su protocolli concordati, sino all'ultimo livello di riabilitazione, prevedendo il follow-up.

## **C) OBIETTIVI DI SALUTE**

### **C.1) Attivare e/o migliorare le conoscenze epidemiologiche**

- Organizzare ex-novo l'osservazione epidemiologica sulla salute della donna;
- mettere a punto la rilevazione dei dati di mortalità e morbilità perinatale;
- organizzare ex novo la raccolta dei dati relativi alla disabilità (servizi e casistica) sia a livello regionale che di azienda.

### **C.2) Ridurre rischi e danni nel percorso nascita (gravidanza, parto, puerperio)**

- la riduzione della mortalità perinatale nei nati da madri residenti in Umbria di almeno il 20%, passando dal 7,4/1000 nati del 1995 al 6/1000 del 2001;

- la riduzione dell'incidenza dei tagli cesarei dal 22.2 % del 1995 al 20 % nel 2001;
- la riduzione delle nascite dei neonati di peso < 1500 gr di almeno il 50%, nei punti nascita non forniti di TIN.

**C.3) Ridurre rischi e danni nell'infanzia e nell'adolescenza**

- Individuare con tempestività i principali problemi di salute della fascia di utenza;
- ridurre i casi di ambliopia (baseline da acquisire);
- contribuire al raggiungimento degli obiettivi di copertura vaccinale previsti nei programmi EPI OMS e nel Piano Nazionale Vaccini;
- mettere a punto un attendibile sistema di rilevazione dei casi di abuso sessuale sui minori.

**C.4) Promuovere una sessualità ed una funzione riproduttiva consapevole**

- Offrire a tutti i giovani percorsi informativi ed educativi funzionali allo sviluppo di una sessualità e di una funzione riproduttiva consapevole;
- mantenere i tassi di gravidanze (aborti spontanei più IVG più parti) in minorenni residenti in Umbria (14 - 17 anni compiuti) inferiori a 5/1000;
- monitorare i casi di IVG oltre i 90 giorni di gestazione in donne residenti in Umbria;
- mantenere l'incidenza di blenorragia (come indicatore delle malattie sessualmente trasmesse) ai livelli attuali.

**C.5) Ridurre disabilità ed handicap in età evolutiva**

- Ridurre l'incidenza delle malformazioni congenite alla nascita di almeno il 10%, passando dal 15,7/1000 nati del 1996 ad almeno 14,1 nel 2001;
- rilevare la prevalenza delle condizioni di disabilità fisica e relazionale in Umbria;
- mantenere la prevalenza della disabilità nei minori residenti sui valori attuali (base line da acquisire);
- ridurre la percentuale dei minori istituzionalizzati (baseline da acquisire);
- aumentare il tasso di inserimenti scolastici dei minori con handicap (baseline da acquisire).

**C.6) Ridurre i danni da patologie tumorali prevenibili dell'apparato genitale femminile**

- Raggiungere in ciascuna Azienda Sanitaria territoriale una compliance allo screening pari almeno al 50%, sia per l'utero che per la mammella, entro il 2001.

**D) ASSETTI ORGANIZZATIVI GENERALI**

Fatte salve le ulteriori modificazioni che potranno essere introdotte nella normativa regionale per l'adeguamento alla legge 229/99, si forniscono di seguito alcune indicazioni sugli assetti organizzativi generali dei servizi rivolti alla salute della donna e dell'età evolutiva.

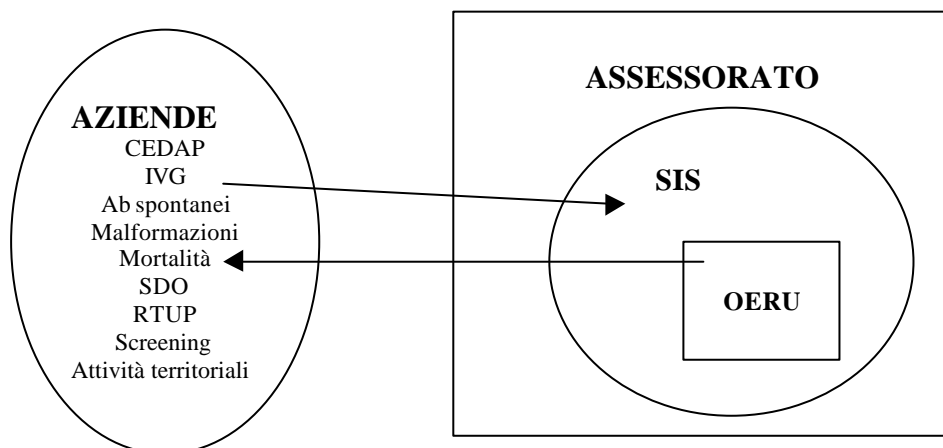
**D.1) Osservazione epidemiologica sulla salute della donna e dell'età evolutiva**

- L'Osservatorio Epidemiologico Regionale definisce il piano di rilevazione triennale con la definizione delle priorità in tema di osservazione epidemiologica sulla salute della donna;

- a livello regionale l'Osservatorio Epidemiologico deve essere in grado di operare una lettura integrata e la socializzazione delle informazioni relative a Certificato di Assistenza al parto (CEDAP), IVG, aborti spontanei, malformazioni congenite, mortalità perinatale, SDO relativi alla morbilità perinatale, neonatale e infantile e pediatrica, Registro Tumori, Registro Nominativo delle Cause di Morte (RENCAM), attività di screening e attività dei servizi territoriali;
- a livello aziendale territoriale devono essere attentamente e scrupolosamente raccolti dati di servizio relativi all'attività consultoriale, dei servizi di riabilitazione e salute mentale dell'età evolutiva, delle attività di screening, delle valutazioni sullo stato di salute dei bambini, rivedendone la periodicità e focalizzando l'attenzione sugli strumenti informativi ed epidemiologici rivolti ai bambini con consistenti problemi di salute.

## FUNZIONI

- Aziende sanitarie locali: raccolta dati e certificazioni;
- Regione: SIS - OERU raccolta dati, aggregazioni, verifica e valutazione della qualità, elaborazione, interpretazione e valutazione dei trend, report di ritorno informazioni ai produttori di dati.



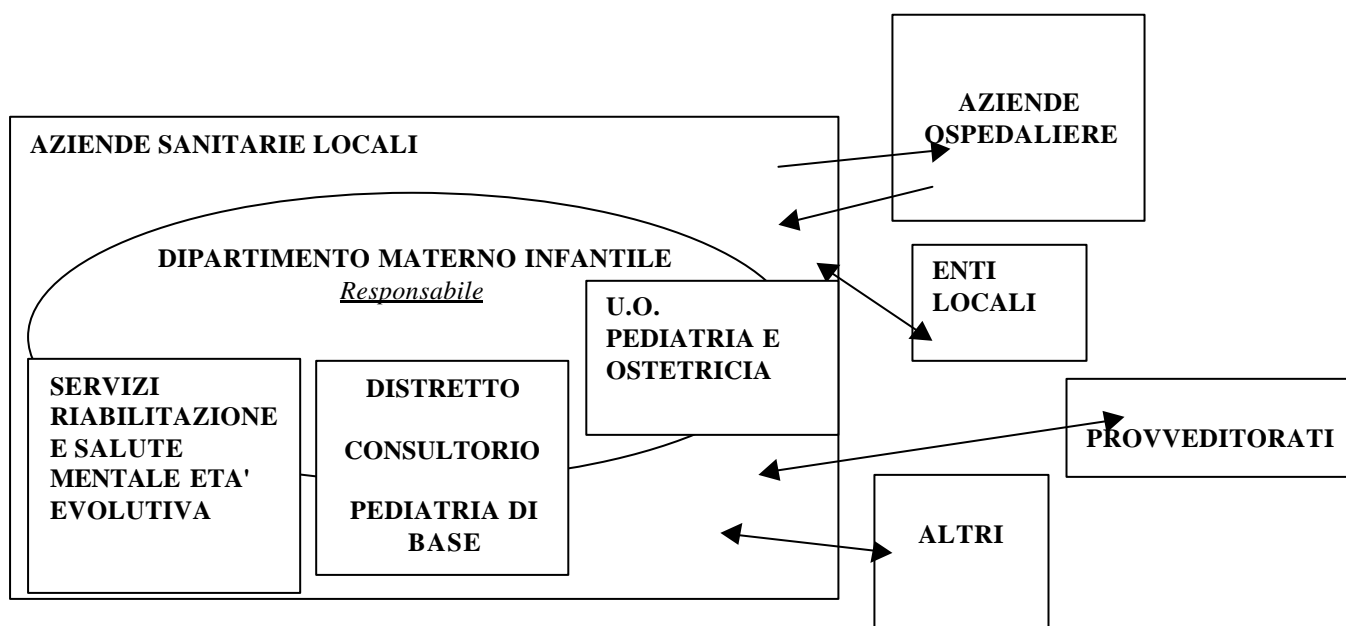
## D.2) Dipartimento Materno Infantile

- Creazione del Dipartimento Materno Infantile all'interno di tutte le Aziende regionali, con integrazione funzionale dei servizi relativi alla riabilitazione delle condizioni di disabilità e dei disturbi psichici e psicologici dell'età evolutiva, anche in base a quanto previsto dal progetto obiettivo materno-infantile nazionale;
- integrazione della attività della Pediatria di base ed Ospedaliera nel Dipartimento materno infantile attraverso la realizzazione di progetti comuni e di stesura di protocolli di comportamento che coinvolgano anche tutti i servizi dipartimentali e con le istituzioni locali (comuni, scuole), anche con accordi interaziendali a Perugia e Terni. Nelle strutture ospedaliere in cui è prevista l'assistenza pediatrica, gli interventi a favore del bambino vanno effettuati all'interno di una area – ad ovvia valenza funzionale - delle cure pediatriche, in cui la competenza pediatrica concorra ad individuare i percorsi interni più appropriati;

- adozione di programmi per l'attivazione e/o l'implementazione degli screening per l'ambliopia e per il raggiungimento degli standard di copertura vaccinale previsti dal programma EPI OMS in tutte le vaccinazioni raccomandate. In tale campo va considerato che in Umbria è stato già raggiunto un tasso di copertura per la vaccinazione contro la pertosse del 97.6% che è perfettamente in linea con quanto auspicato dall'OMS e che testimonia di un grosso successo di politica sanitaria adottata dalla nostra Regione;
- realizzazione di interventi per la prevenzione ed il contrasto del fenomeno del maltrattamento e della violenza sui minori e sulle donne attraverso un progetto integrato sociale e sanitario che realizzi politiche coordinate sociali, sanitarie, educative ed interventi del privato sociale e degli uffici giudiziari nel rispetto delle indicazioni dell'Accordo di Programma tra Stato e Regioni e del Protocollo di intesa tra Centro per le Pari Opportunità e Giunta Regionale. In tale direzione andrà organizzata la rete dei servizi consultoriali anche attraverso momenti di formazione comune tra Enti e servizi coinvolti.

## FUNZIONI

- Direzioni delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere: attivazione dei Dipartimenti materno-infantili secondo gli indirizzi della normativa nazionale e regionale; assegnazione di obiettivi e risorse congruenti con le indicazioni del presente atto di indirizzo programmatico generale, valutazione di prodotti e risultati, coordinamento intra ed interaziendale (Aziende Ospedaliere ed Aziende Sanitarie );
- Dipartimento Materno Infantile: realizzazione dei programmi concordati con la direzione aziendale tramite la formulazione di piani di attività condivisi, la gestione del budget dipartimentale , l'integrazione funzionale dei servizi e degli operatori attivi a livello territoriale, la definizione di priorità ed obiettivi nelle integrazioni intra ed interaziendali e nei rapporti con enti ed istituzioni non sanitarie, in modo da garantire ai cittadini percorsi accessibili, continuità assistenziale ed una appropriata utilizzazione delle risorse (VRQ, ricerca, formazione, sistema informativo ed epidemiologico, gestione risorse strutturali, tecnologiche ed umane, applicazione della Carta dei Servizi, regolazione delle attività libero professionali).

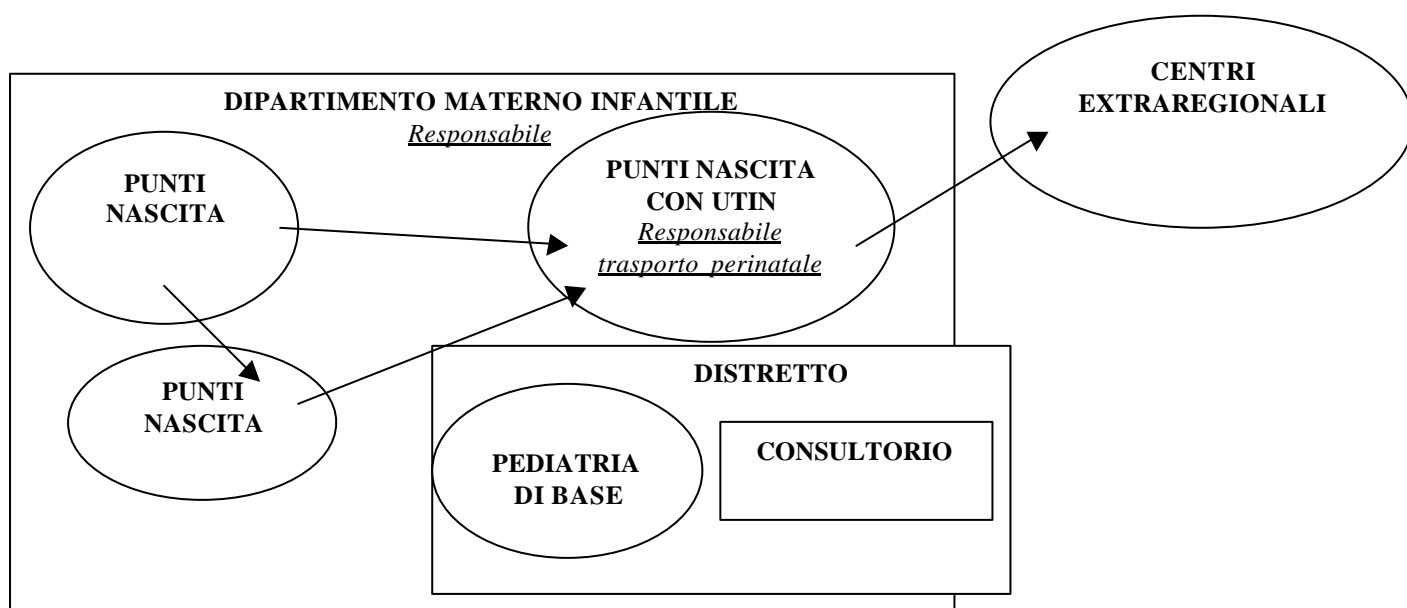




- Riconversione, entro il 2001, dei punti nascita secondo i criteri previsti dalla normativa nazionale in materia di accreditamento;
- definizione di protocolli condivisi per uniformare su tutto il territorio regionale le modalità di trasporto dei casi di patologia perinatale;
- verifica della utilizzazione delle linee guida per la gravidanza fisiologica e formazione del personale per il miglioramento degli standard tecnico-organizzativi relativi alla diagnosi prenatale;
- verifica dell'assetto organizzativo e funzionale adottato con la DGR 3287 del 9-4-1991, istitutiva del Servizio di Consultorio Genetico e Diagnosi Prenatale;
- interventi formativi ed organizzativi per aumentare l'appropriatezza nel ricorso al taglio cesareo, in base alle indicazioni dell'OMS;
- realizzazione degli interventi strutturali e formativi previsti dai progetti presentati in base alla L.34 del 1996 per favorire l'umanizzazione del parto;
- favorire all'interno dei Dipartimenti Materno Infantili i progetti relativi alla continuità di assistenza dal periodo della gravidanza al puerperio, e rivolti a implementare l'allattamento materno.

#### FUNZIONI

- Puntuale osservanza di quanto previsto dalla normativa nazionale e dai riferimenti scientifici in materia di attività ed interventi appropriati per i punti nascita rispettivamente ai diversi livelli;
- Distretto: garantire assistenza domiciliare e sostegno sociale; tramite il Consultorio e la Pediatria di base garantire assistenza alla gravidanza e al puerperio;
- Dipartimento Materno Infantile: stesura di linee guida per la organizzazione dell'assistenza alla gravidanza e al puerperio (anche nell'ottica della dimissione precoce dall'ospedale delle donne partorienti), per il trasporto neonatale (individuando responsabili e centri di riferimento).

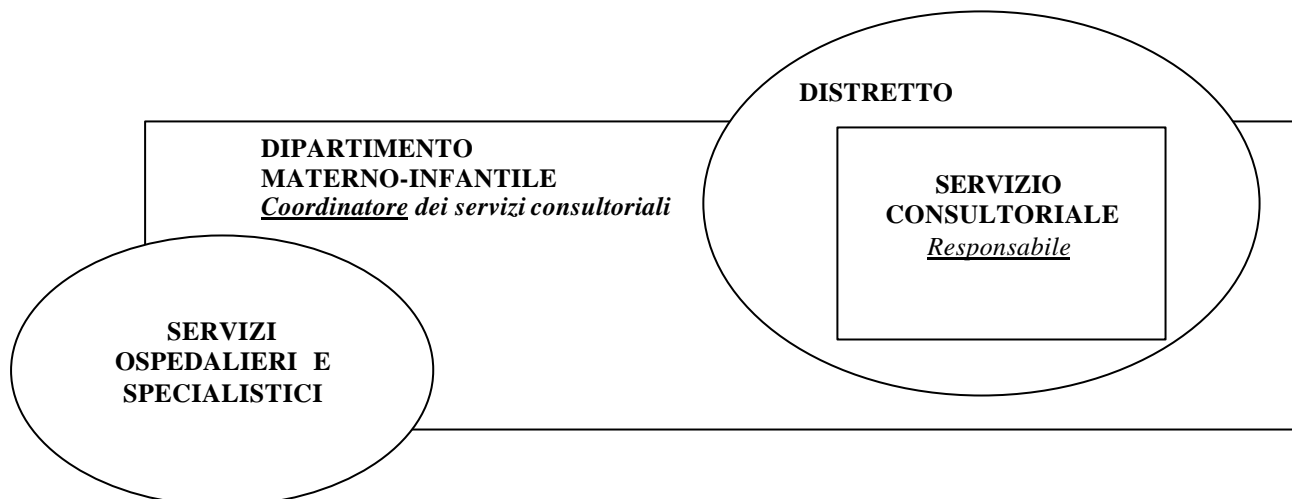


#### **D.4) Rete dei Consulitori**

- Identificazione di un coordinamento funzionale a livello distrettuale e di ASL per le attività consultoriali all'interno del Dipartimento Materno Infantile;
- ridefinizione del numero e della attuale distribuzione delle sedi consultoriali per un più opportuno utilizzo delle risorse umane che garantiscano lo sviluppo di progetti operativi condivisi all'interno del Dipartimento Materno Infantile;
- formazione permanente e su progetti per gli operatori, in particolare per quelli provenienti dalla mobilità ospedaliera;
- adozione di un omogeneo sistema di rilevazione dei dati di attività che tramite l'utilizzo di indicatori identificati a livello regionale, permetta confronti e valutazioni;
- razionalizzazione delle attività di routine;
- attivazione di programmi su attività di iniziativa;
- integrazione nelle attività degli operatori con competenze psicologiche, sociali e sanitarie sia per la razionalizzazione del lavoro di routine che nelle attività di iniziativa;
- promuovere modalità di lavoro e attività coordinate e integrate tra gli operatori dei consulitori e quelli sociali degli altri servizi territoriali relativamente alle politiche di sostegno alle famiglie e alla genitorialità (Centri per le Famiglie e l'Età Adulta, Mediazione familiare, Prestiti d'onore), proprie della progettualità degli enti locali come previsto nel Piano Sociale Regionale;
- motivazione del personale attraverso condivisione di metodi, protocolli, linee guida con il frequente uso della autoformazione, anche attraverso periodiche giornate di confronto dipartimentale, aziendale o interaziendale. Inoltre andranno previsti protocolli di collaborazione con percorsi preferenziali per gli/le utenti che garantiscano l'accesso alle prestazioni di II livello.

#### **FUNZIONI**

- A livello distrettuale il responsabile funzionale delle attività consultoriali cura l'integrazione tra gli indirizzi del Dipartimento materno infantile e le attività svolte sul territorio, supportando il responsabile di distretto a garantendo la funzione di assistenza e di presa in carico globale e, se necessario, di invio ai servizi specialistici di diagnosi e cura con accessi e percorsi facilitati per:
  - la salute della donna e della coppia;
  - il controllo della fertilità;
  - il percorso nascita;
  - la salute sessuale;
  - la prevenzione dei tumori dell'apparato genitale femminile;
  - la prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse;
  - le relazioni di coppia e di famiglia;
  - medicina preventiva in età evolutiva;



#### **D.5 ) Servizi territoriali per la riabilitazione e la salute mentale in età evolutiva**

- Costituzione di un'Area per la riabilitazione e la salute mentale in età evolutiva all'interno del Dipartimento Materno Infantile; ove si opti, in sede aziendale per affidare questa materia al Dipartimento Salute Mentale vanno assicurati i collegamenti funzionali con il dipartimento Materno infantile, la pediatria di base e le altre competenze specialistiche necessarie per un approccio globale;
- attivazione di servizi territoriali specifici per la riabilitazione e la salute mentale in ogni Azienda, prevedendo la istituzione e/o lo sviluppo di strutture semiresidenziali (centri diurni) e/o residenziali in base alle necessità delle singole aziende;
- attivare integrazioni funzionali intra e interaziendali con punti nascita di I e II livello, TIN, reparti di pediatria e servizi specialistici ospedalieri;
- stipula di protocolli di intesa per promuovere la sinergia di interventi e la collaborazione con le istituzioni scolastiche e le agenzie sociali (Provveditorato, Comuni, volontariato, terzo settore);
- attivazione delle Unità di Valutazione Multidisciplinare per l'età evolutiva in ogni azienda per assolvere ai compiti previsti dalla L.104;
- adozione di programmi di aggiornamento e di formazione professionale a livello regionale per gli operatori di questa area;
- stesura di modelli operativi ed organizzativi condivisi a livello aziendale al fine di permettere una efficace messa in rete dei servizi esistenti senza moltiplicare o disperdere gli interventi;
- omogeneizzazione dei modelli operativi a livello regionale.

#### **FUNZIONI**

- Servizi riabilitazione e salute mentale età evolutiva: svolgono funzioni preventive, diagnostiche, terapeutico-riabilitative, rivolte a bambini ed adolescenti con disturbi di natura neuropsicologica, psicopatologica, neurologica, motoria e sensoriale.  
 Garantiscono le seguenti attività e competenze specialistiche:
  - neurologia dell'età evolutiva;
  - psicopatologia dell'età evolutiva;

- neuropsicologia dell'età evolutiva;
- Day Hospital;
- comunità diurne e residenziali per adolescenti.

Ogni Servizio è dotato di una équipe multidisciplinare (neuropsichiatri infantili, neuropsicologi, psicologi dell'età evolutiva, psicoterapeuti, terapisti della riabilitazione, psicomotricisti, logopedisti, assistenti sociali, educatori) e rappresenta il punto di riferimento aziendale per:

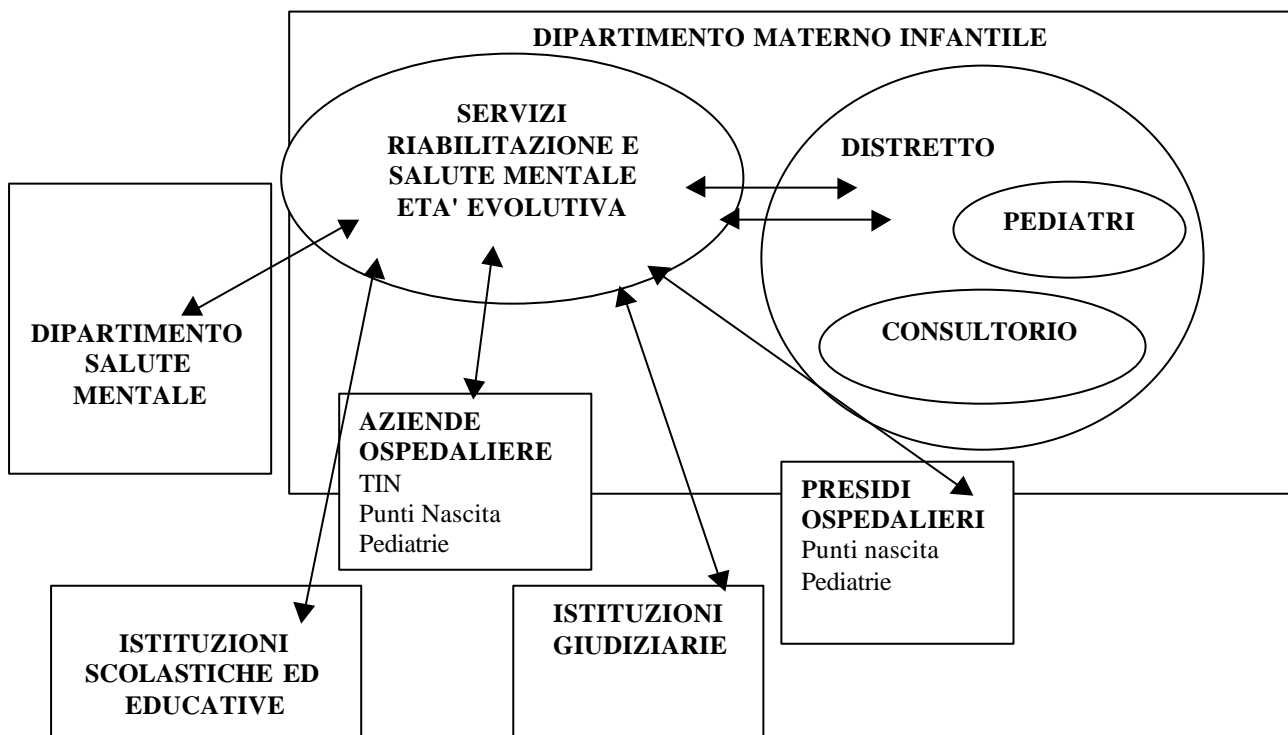
definire e valutare progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati;

attivare consulenze specialistiche;

assicurare il collegamento con le altre strutture socio-sanitarie e con le istituzioni educative, di volontariato, scolastiche e giudiziarie;

partecipare all'attuazione della L.104/92 e all'attivazione dell'Unità Valutativa Multidisciplinare;

fornire consulenza specialistica ai servizi integrativi o sostitutivi della famiglia.



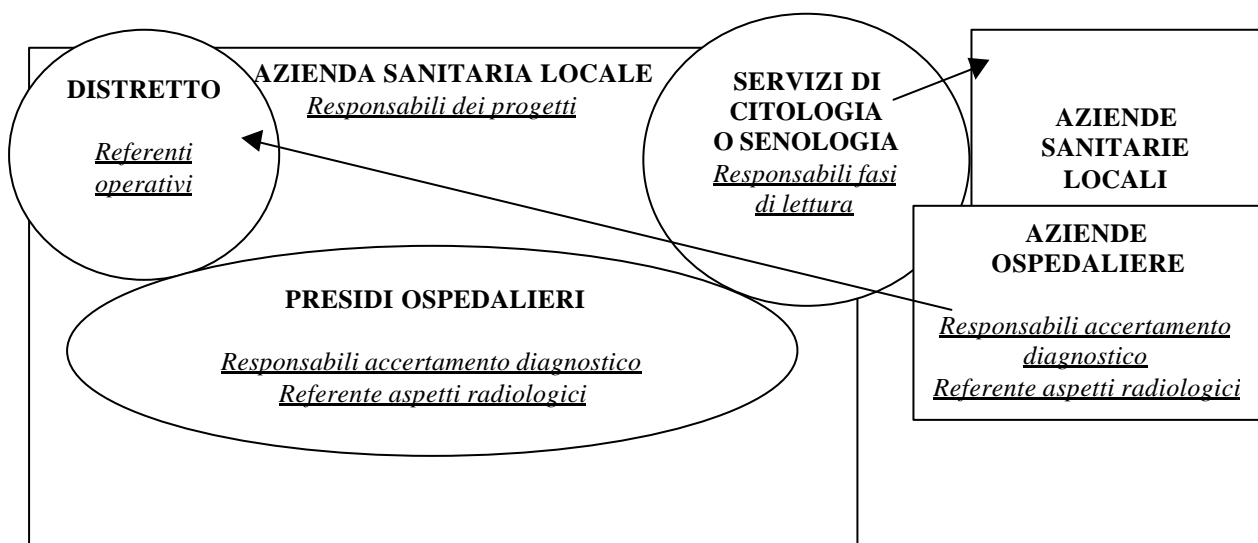
#### D.6) Screening dei tumori dell'apparato genitale femminile

- Mettere in atto i programmi in base alle indicazioni ed ai criteri, anche di controllo di qualità e di valutazione, stabiliti dal coordinamento regionale (D.G.R. 9001/92 e 4885/96) e dalle linee guida della commissione oncologica nazionale (G.U. 1/6/96);
- stabilire percorsi diagnostico-terapeutico-riabilitativi ed organizzativi, concordati a livello di aziende e a livello regionale per garantire uniformità di accesso e di prestazione su tutto il territorio regionale, prevedendo il follow-up delle utenti positive allo screening;

- prevedere momenti di formazione ed aggiornamento a livello regionale per tutte le figure professionali coinvolte nelle screening a garanzia della buona qualità delle prestazioni, favorendo anche incontri periodici di confronto sia nelle ASL che a livello interaziendale;
- organizzare incontri sia con i Medici di Base, sia con gruppi di popolazione, associazioni di volontariato, istituzioni e mondo del lavoro per la pubblicizzazione dei programmi e la valutazione dei risultati, per aumentare l'adesione alle campagne
- adeguare:
  - le unità dedicate di personale in modo da permettere la presenza della attività di screening in tutte le realtà regionali;
  - le dotazioni strumentali diagnostiche in modo da garantire la qualità delle prestazioni;
  - le strumentazioni informatiche in modo da avere risposte omogenee e poter valutare e confrontare i risultati a livello regionale;
- prevedere una convenzione con i ginecologi e i centri privati per permettere il loro coinvolgimento all'interno dello screening.

## FUNZIONI

- Regione: Coordinamento regionale per gli indirizzi organizzativi, nucleo di valutazione epidemiologica per la valutazione e il confronto interaziendale;
- Aziende sanitarie locali: sono le dirette titolari dei programmi di screening, è individuato un referente aziendale per ognuno dei programmi, devono istituire un nucleo epidemiologico per la raccolta elaborazione dei dati e per la valutazione dei programmi, devono predisporre linee guida organizzative e anche diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, condivise a livello regionale, con precisazione dei percorsi preferenziali per le donne positive al test;
- Distretti: a loro è deputata la organizzazione del prelievo per lo screening della cervice, all'interno delle attività consultoriali, individuando referenti operativi;
- Servizi di citologia e senologia: ad essi è dovuta la lettura dei vetrini per lo screening cervico-vaginale e la effettuazione del primo test di screening per la mammografia, oltre che i controlli interni di qualità. Devono essere individuati anche a questo livello dei referenti;
- Presidi ospedalieri e Aziende Ospedaliere: garantire la prestazione di approfondimento diagnostico nell'ambito dei programmi di screening e il ritorno delle informazioni.



## **E) SISTEMI OPERATIVI TECNICO SPECIFICI**

Conseguentemente a quanto dichiarato nel PSR 1999-2001, anche i professionisti che concorrono a promuovere la salute della donna e dell'età evolutiva sono chiamati ad adottare sistemi operativi tecnico specifici basati sui criteri di efficacia, appropriatezza e sostenibilità per le risorse del sistema.

Essendo chiaro che gli operatori di una organizzazione professionale quale la Sanità devono godere di opportuni margini di autonomia professionale e di discrezionalità operativa, e che peraltro potrebbe essere disfunzionale arrivare ad una rigida codificazione dei processi di lavoro, si tratta di favorire l'adesione a pratiche professionali opportunamente connotate dai criteri sopra richiamati.

Quindi linee guida e non protocolli.

Su questo terreno di lavoro c'è un ampio consenso, ma c'è molto da fare per arrivare a definire le linee guida di cui ha bisogno il servizio sanitario regionale e far sì che queste possano orientare l'attività dei professionisti e aumentare lo stato di salute dei cittadini.

I principali problemi da affrontare nel triennio riguardano:

- la manutenzione delle conoscenze e capacità professionali, attraverso opportuni interventi formativi, in modo tale da elevare la preparazione media dei professionisti e metterli nelle condizioni di partecipare attivamente e di poter recepire, in piena consapevolezza le indicazioni proposte dalle linee guida;
- il bilanciamento delle competenze presenti in sede di elaborazione delle linee guida: essendo noto che le strategie in sanità derivano da pressioni di singoli gruppi di professionisti o di specifiche società professionali, è opportuno che nella stesura delle stesse (o come criterio di verifica in sede di loro recepimento) siano valorizzate maggiormente quelle che derivano da apporti multiprofessionali e che hanno previsto negli staff di lavoro la presenza di epidemiologi, medici di sanità pubblica ed economisti sanitari;
- la sostenibilità economica delle proposte: al di fuori di qualsiasi logica incrementale, una buona linea guida, deve indicare oltre alle cose da fare, anche quelle da non fare più, perché obsolete o di dimostrata inefficacia;
- la applicazione delle proposte: lo scarso recepimento avuto dalla linee guida regionali in materia di gravidanza fisiologica, elaborate con ampio supporto metodologico e vasta rappresentazione delle diverse professionalità, ci mette nella condizione di dover colmare il divario tra le intenzioni predicate e gli atti praticati, con opportuni provvedimenti per l'adozione e l'implementazione.

### **La Regione:**

- valida le linee guida nel rispetto dei criteri sopra definiti, dando la priorità all'applicazione di quanto previsto in materia dal PSN;
- si avvale di collaborazioni sul piano metodologico (progetto TRIPS, etc.);
- cura la disponibilità delle competenze (in particolare per l'economia sanitaria) necessarie per l'eventuale redazione di linee guida regionali.

## **F) SISTEMI OPERATIVI PER L'APPROPRIATEZZA GESTIONALE**

Per l'area della salute della donna e del bambino, le Aziende e la sanità regionale in senso lato, dispongono di consistenti risorse umane, finanziarie, tecnologiche ed edilizie.

L'attivazione dei dipartimenti materno infantili, le integrazioni organizzative e funzionali intra ed interaziendali, la ridondanza dei punti nascita attuali in base alle indicazioni del P.O. nazionale e del presente Atto di indirizzo, connotano questa area di attività come una area in cui vanno effettuate sostanziali razionalizzazioni, tali da liberare risorse che permettono di realizzare gli obiettivi previsti e, del tutto verosimilmente, di liberare risorse per altre aree di attività.

La verifica della appropriatezza gestionale nelle nuove condizioni operative sopra richiamate rappresenta un compito specifico delle direzioni aziendali, di dipartimento e di servizio.

### **F.1) Attribuzione e gestione delle risorse**

Vanno adeguatamente utilizzati:

- i finanziamenti ministeriali di parte corrente derivanti dalla applicazione della L.34/96 per i progetti presentati dalle Aziende Sanitarie umbre;
- i finanziamenti collegati con i quattro progetti obiettivo del PSN (Screening, Liste d'attesa, Assistenza Domiciliare Integrata e Salute Mentale) che in parte ricadranno direttamente nell'area e in (gran parte dovrebbero apportare benefici al sistema aziendale nel suo complesso) in relazione agli anni 1999-2000.

### **F.2) Sistemi di contabilità**

Le aziende sanitarie e l'Assessorato avvalendosi dei sistemi di contabilità economico - patrimoniale e analitica determinano i costi attribuibili ai servizi chiamati a realizzare il presente atto di indirizzo in modo da poter effettuare analisi costi - efficacia e costi efficienza e comparazioni tra servizi regionali e/o di altre regioni.

### **F.3) Valutazione di processo e di esito**

Quanto stabilito dal presente atto di indirizzo dovrà essere applicato dalle Aziende Sanitarie Umbre. Per la valutazione di processo e di risultato, verificabile tramite il riscontro del raggiungimento degli obiettivi annuali con gli standard indicati per gli anni di vigenza del Piano, sarà costituito a livello regionale un apposito Gruppo di lavoro con la presenza di delegati delle direzioni aziendali.

Sarà attivato un tavolo di consultazione con il Centro Pari Opportunità per avere pareri su:

- accessibilità di definiti percorsi assistenziali (gravidanza fisiologica; screening dei tumori femminili per la fase di approfondimento diagnostico e terapeutico; sessualità e procreazione consapevole);
- programma di osservazione epidemiologica sulla salute della donna.

### **F.4) Accredimento strutturale e professionale e formazione continua**

In base anche alla normativa nazionale, i centri umbri dovranno essere accreditati nei tempi indicati e secondo le modalità previste. Tale esigenza è quanto mai sentita particolarmente in alcuni settori, quali la diagnostica prenatale, la citologia, i punti nascita, le UTIN. Ciò anche nell'ottica di aprire nuovi possibili orizzonti di assistenza, quali per esempio la possibilità di implementare centri per la sterilità di coppia con possibilità di effettuare, anche se in un futuro magari non immediato, tecniche di fecondazione assistita.

Tutti i servizi devono, secondo standard nazionali e internazionali ormai condivisi ma che nell'ottica di quanto detto sopra andrebbero organicamente riproposti in modo unico e condiviso, per rispondere a precisi requisiti di attività e di dotazioni e soprattutto di formazione ed aggiornamento del personale, per garantire qualità e appropriatezza di prestazioni. Tali programmi formativi dovranno essere previsti nei Piani attuativi delle aziende ed anche a livello regionale, per tutte le figure professionali coinvolte.

#### **F.5) Supporti conoscitivi: epidemiologia, sistema informativo, ricerca**

F.5.1) La conoscenza della situazione reale di partenza, nonché il monitoraggio costante e tempestivo dei fenomeni, è presupposto basilare per qualsiasi seria e corretta attività di programmazione sanitaria. Già in fase di stesura di questo atto di indirizzo programmatico è emersa, sentita da più parte, la necessità di ridefinire le modalità di raccolta, elaborazione e rendicontazione dei dati riguardanti l'intera area. E' opportuno sottolineare che tutti i progetti e i settori in cui l'area si può suddividere, vanno controllati e vanno inseriti in un sistema informatico completo e uniforme sul territorio regionale, cosa che sola può permettere confronti e valutazioni su scala regionale.

Dovranno essere costruite base line di partenza (vedi obiettivi di salute), ridefiniti flussi (CEDAP), definiti sistemi informativi con collegamenti in rete (screening) con possibilità di linkage con altre fonti informative, soprattutto andranno definiti modalità di monitoraggio e controllo per la valutazione dei singoli progetti.

F.5.2) La ricerca finalizzata regionale, per gli anni 2000 e 2001, anche in questo specifico settore sarà orientata a coniugare sviluppo della ricerca applicata ed innalzamento dei livelli assistenziali.

E' intenzione della Regione prevedere finanziamenti per la ricerca finalizzata alla programmazione sanitaria, indirizzata su determinati filoni e problematiche ritenute prioritarie per l'assistenza sanitaria umbra.

L'oggetto della ricerca finalizzata per l'anno 2000 sarà rappresentato dall'analisi epidemiologica sulla salute della donna in Umbria.

Nel 2001 sarà oggetto di ricerca finalizzata la verifica di qualità dei servizi territoriali per la riabilitazione e la salute mentale in età evolutiva.

### **G) MANUTENZIONE DEI CLIMI ORGANIZZATIVI E GESTIONE DEI RUOLI ESTERNI**

Per garantire risultati in termini di efficacia e di qualità delle prestazioni, i singoli professionisti si devono sentire coinvolti a pieno titolo nella organizzazione del lavoro, responsabili delle proprie azioni e motivati nel perseguimento di obiettivi di qualità da raggiungere, non in termini individualistici, ma con un forte senso di lavoro di gruppo, di integrazione e di partecipazione alle scelte programmatiche.

#### **G.1) Clima interno**

E' indispensabile prevedere

- possibilità di scambi di opinioni con tutti i professionisti, gli operatori sanitari e amministrativi coinvolti nei vari processi di assistenza o di organizzazione dei servizi e attività
- che le rappresentanze delle professionalità partecipino ai momenti formali consultivi e decisionali (Consigli di Dipartimento, riunioni di servizio, ecc.)
- sistemi premianti che motivino gli operatori.



## G.2) Ruoli esterni

Presupposto basilare per il raggiungimento completo degli obiettivi di questo atto di indirizzo è il coinvolgimento e la completa integrazione delle varie figure professionali coinvolte del mondo sanitario, del mondo sociale, ma anche degli enti locali, delle associazioni di volontariato, del terzo settore, della Scuola, della Provincia, e di tutte le figure che a vario titolo e a vario livello possono aiutare al raggiungimento degli obiettivi di salute prefissati.

All'interno dell'atto di volta in volta sono stati indicate le figure chiave e gli organismi da coinvolgere a pieno titolo nella fase di progettazione e di realizzazione delle attività, facendo nel contempo chiarezza sulla delimitazione delle specifiche aree di intervento, nel rispetto preciso dei ruoli e delle competenze.

## H) CALENDARIO DEGLI IMPEGNI PER IL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PIANO

1) Entro il primo anno:

- **Sistema di raccolta dei dati relativi all'area materno infantile:** mettere a punto la rete di rilevazione dati, attivando flussi specifici per le problematiche scoperte
- **Gruppi di lavoro regionali interaziendali e multidisciplinari:** loro istituzione per la definizione dei percorsi integrati e dei sistemi di indicatori per le materie del progetto
- **Dipartimento Materno Infantile:** istituzione dei Dipartimenti Materno Infantile in tutte le Aziende
- **Percorso nascita:** stesura del programma di riorganizzazione dei punti nascita, utilizzazione (e quindi implementazione) di protocolli comuni già definiti, come quello per la gravidanza fisiologica
- **Rete dei Consulteri:** adeguare la rete dei consultori, individuando anche livelli di coordinamento funzionale a livello di distretto e di ASL, in seno al Dipartimento Materno Infantile
- **Servizi territoriali per la riabilitazione e la salute mentale in età evolutiva:** predisporre modelli operativi e organizzativi condivisi per tali servizi e le UVM previste dalla L.104
- **Screening dei tumori dell'apparato genitale femminile:** attivazione dei programmi in tutte le Aziende Sanitarie, con la definizione dei percorsi organizzativi e diagnostico-terapeutico-riabilitativi integrati e con il completamento delle strumentazioni tecniche e informatiche necessarie.

2) Entro il secondo anno:

- **Sistema di raccolta dei dati relativi all'area materno infantile:** messa a regime dei flussi e loro sperimentazione con prime elaborazioni e valutazioni
- **Dipartimento Materno Infantile:** completa attivazione dei Dipartimenti
- **Percorso nascita:** predisposizione di linee di indirizzo per l'organizzazione del trasporto perinatale e per le altre tematiche indicate, con particolare riferimento agli standard organizzativi e assistenziali che permettano l'applicazione del piano di riorganizzazione dei punti nascita e l'attivazione di forme alternative di assistenza alla gravidanza, prevedendo particolarmente l'integrazione tra servizi territoriali e ospedalieri
- **Rete dei Consulteri:** adeguare il personale agli standard previsti, elaborare un sistema informatizzato e predisporre una lista di indicatori da utilizzare per la valutazione

- **Servizi territoriali per la riabilitazione e la salute mentale in età evolutiva:** messa in rete dei servizi esistenti o da istituire (sia territoriali, che residenziali e semiresidenziali), adeguamento del personale per le varie specificità professionali, svolgimento di attività di aggiornamento e attivazione delle UVM di cui alla L.104
- **Screening dei tumori dell'apparato genitale femminile:** messa a regime dell'attività di screening con la loro valutazione utilizzando gli indicatori prodotti e convalidati dal Coordinamento regionale screening.

3) Entro il terzo anno:

- Sistema di raccolta dei dati relativi all'area materno infantile: eventuale aggiustamento dei percorsi informatici e valutazioni
- Dipartimento Materno Infantile: adeguamento completo dell'organizzazione dipartimentale agli standard previsti e valutazione di qualità dell'assistenza erogata
- Percorso nascita: verifica del piano di riorganizzazione dei punti nascita sulla base dei criteri di accreditamento dettati dalla normativa nazionale. Uso di protocolli comuni e condivisi sia organizzativi che diagnostico terapeutici riabilitativi. Valutazione dei risultati raggiunti dallo svolgimento delle singole azioni
- Rete dei Consultori: completamento dell'organizzazione della rete consultoriale e valutazione dei progetti
- Servizi territoriali per la riabilitazione e la salute mentale in età evolutiva: completamento della messa in rete dei servizi, stendendo anche protocolli operativi condivisi, attività di aggiornamento
- Screening dei tumori dell'apparato genitale femminile: raggiungimento degli standard previsti per garantire la efficacia e la alta qualità dei programmi offerti su tutto il territorio regionale.

### 5.2.3. LOTTA ALLE NEFROPATIE

#### A) CORNICE

La situazione regionale, relativamente al capitolo dei pazienti dializzati e delle patologie collegate è ben illustrata dal “Registro Umbro di Dialisi e Trapianto” (RUDT) nato nel 1993 con un progetto finalizzato dell'Assessorato alla Sanità della Regione Umbra, ufficializzato in data 16.6.1997 e che ha raggiunto il quinto anno di attività con la raccolta dei dati 1998; attualmente il RUDT è in fase di ristrutturazione sia per quello che riguarda la distribuzione dei dati sia per quello che riguarda la elaborazione statistico – epidemiologica, in modo da avere sempre in tempo reale la situazione e da poter distribuire aggiornamenti, tabelle (e quant'altro possa essere utile alla uniformità dei dati) a tutti i potenziali utilizzatori (operatori e associazioni) in maniera assolutamente trasparente ed automatica.

I centri dialisi umbri (che partecipano tutti alla raccolta dei dati del registro) sono riportati nella tabella seguente:

Centro Responsabile	Tipo centro	Aggregato a:	Posti letto degenza	Posti letto dialisi	Ambulatorio nefrologico	Reperibilità 24 ore med/inf	Si avvale di consulenza nefrologica ore/sett
Foligno Prof Timio	Autonomo		10	19	si	med/inf	
Spoletto	CAD	Nefrologia Foligno		12	si	a Foligno	
Citta' di Castello Dr. Giombini	Autonomo	Medicina Castello		12	si	med/inf	
Marsciano Dr. Vannini	Autonomo	Medicina Marsciano		7	no	No	18
Gubbio Dr. Parise	Autonomo	Medicina Gubbio		6	no	No	15
Orvieto Dr. Aloisio	Autonomo		4	10	si	med/inf	
Terni Prof. Matocci	Autonomo		8	23	si	med/inf	
Amelia	CAD	Nefrologia Terni		6		a Terni	
Perugia Prof. Buoncristiani	Autonomo		20	38	si		

Dalla tabella si nota che solo quattro centri di Nefrologia e Dialisi sono autonomi (Perugia, Terni, Foligno, Orvieto), due sono ad assistenza decentrata (con presenza di medico ad ogni seduta) (Amelia, Spoleto), tre sono aggregati ad un reparto di medicina (Marsciano, Gubbio e Città di Castello), ma solo l'ultimo di essi è sostanzialmente autonomo per quello che riguarda la attività nefrologica e dialitica (ambulatorio specialistico, reperibilità 24 ore su 24 etc).

La dotazione di posti letto regionali per la degenza nefrologica è di circa 42 posti (più alcuni siti nelle varie medicine); la disponibilità di posti letto per la dialisi è di 133.

In Umbria è attivo anche un centro trapianti presso l'Azienda Ospedale di Perugia. Dal 1988 (anno in cui è stato effettuato il primo trapianto), ne sono stati effettuati 138 così distribuiti a secondo delle zone di provenienza.

ZONA	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	Total
1 ALTA VALLE TEVERE				1	2	2	1	1	1	1	2	11
10 ORVIETANO					2		1			1	1	5
11 BASSA VALLE TEVERE			1	2		1		1		1		6
12 CONCA TERNANA		2		2	1	5	2	2	1	5	1	21
2 ALTO CHIASCIO				1		2		2		1		6
3 PERUGINO	2		2	2	3	2	6	1	3	5	1	27
4 VALLE UMBRA NORD	1		1	2		1			1		2	8
5 VALLE UMBRA SUD	1	2	1		1	2			4	3		14
6 TRASIMENO			2	1		1				1		5
7 MEDIA VALLE TEVERE					1				2	2		5
8 SPOLETINO		1	1	1			2	1				6
9 VALNERINA							1					1
99 FUORI REGIONE		2	1	3		3	1	2		2	9	23
<b>Totale complessivo</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>19</b>	<b>14</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>22</b>	<b>16</b>	<b>138</b>

E' da notare che ben 23 pazienti su 138 provenivano da fuori regione; ciò nonostante l'Umbria ha un saldo negativo poiché ben 42 pazienti sono stati trapiantati nello stesso periodo in strutture fuori regione (9 all'estero).

Per quello che riguarda la dialisi i dati dimostrano un continuo incremento di pazienti con incidenza e prevalenza **superiori** alle medie nazionali.

## Pazienti dializzati al 31/12 di ogni anno

Sede	Sede	1993	1994	dif 94	1995	dif 95	1996	dif 96	1997	dif 97	1998	dif 98
Città di castello	1	35	40	5	48	8	52	4	51	-1	50	-1
Gubbio	2	8	13	5	19	6	19	0	21	2	22	1
Marsciano	3	8	8	0	8	0	10	2	14	4	26	12
Perugia	5	142	140	-2	157	17	166	9	172	6	184	12
Spello-Foligno	6	102	107	5	116	9	123	7	117	-6	114	-3
Provincia Perugia		295	308	13	348	40	370	22	375	5	396	21
Terni	7	112	124	12	128	4	136	8	119	-17	118	-1
Orvieto	4	36	33	-3	28	-5	30	2	29	-1	29	0
Provincia Terni		148	157	9	156	-1	166	10	148	-18	147	-1
Totale complessivo		443	465	22	504	39	536	32	523	-13	543	20
Prevalenza (N) per milione di abit		541	568		616		655		639		664	
Incidenza Nuovi paz/anno/milione		133,21	139,32		175,98		147,873		144,207		155,206	

Attualmente tutti i pazienti bisognosi di trattamento sono dializzati in centri umbri senza ricorrere a strutture extra regionali. I dati dimostrano tuttavia che senza una riorganizzazione dei centri dialisi, in attesa che siano stabilite regole precise per l'accreditamento, ci si potrà trovare in tempi molto rapidi al completo collasso delle strutture incapaci di accogliere ulteriormente pazienti bisognosi di emodialisi. E' infatti facilmente dimostrabile che il numero di pazienti trattati è superiore a quello che i posti letto dialisi permetterebbero; lo iato è colmato con il ricorso alla dialisi domiciliare, che diventa quindi una delle soluzioni da razionalizzare ed incentivare ulteriormente, nell'ambito di una scelta libera, informata e consapevole del pz. assistito.

Solo in quattro centri si effettua dialisi domiciliare sia essa extra corporea e/o peritoneale (Perugia, Città di Castello, Foligno, Terni); ciò nonostante la prevalenza di dialisi domiciliare sul totale dei trattamenti dialitici è pari a circa il 19% e quindi superiore a quella richiesta dal vecchio piano sanitario nazionale. Anche in questo l'Umbria si pone tra le regioni più attente alle esigenze dei pazienti e della società' offrendo la più ampia gamma possibile di trattamenti personalizzati. L'età media dei pazienti trattati al momento dell'ingresso in dialisi non ha subito grandi modificazioni negli anni considerati, ciò potrebbe voler dire che non è stato fatto abbastanza per controllare la velocità della progressione della malattia verso la dialisi. Questa ipotesi potrebbe essere confermato dal fatto che solo un paziente su tre è stato seguito regolarmente dal nefrologo prima dell'ingresso in dialisi.

## Media di età nuovi pazienti

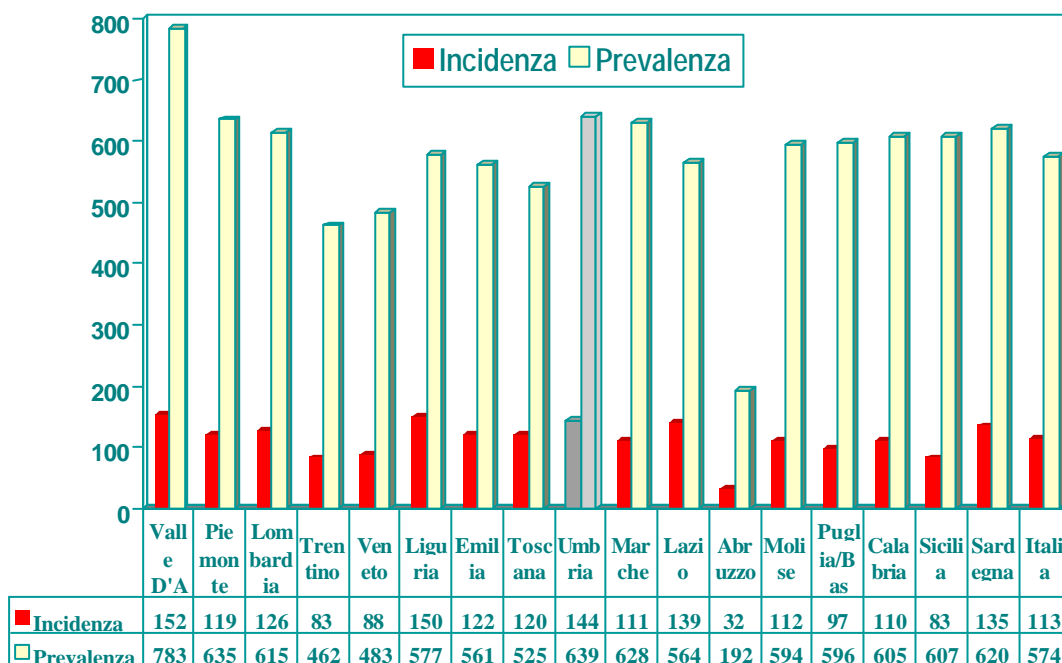
SESSO	1994			1995			1996			1997			1998		
	F	M	Totale	F	M	Totale	F	M	Totale	F	M	Totale	F	M	Totale
Emod.	67,30	62,03	64,40	59,34	59,14	59,22	67,10	59,22	62,61	62,92	63,29	63,14	62,52	65,13	64,15
Perit.	66,24	67,23	66,83	67,45	66,75	67,14	72,71	66,43	69,12	70,50	73,10	71,80	68,80	71,60	70,64
Totale	66,83	64,55	65,53	62,00	60,66	61,24	69,37	62,14	65,25	64,50	64,77	64,66	63,73	66,46	64,69

L'elevata percentuale di pazienti che giungono alla dialisi con una diagnosi sconosciuta - e cioè troppo tardi perché possa essere intrapreso un iter diagnostico corretto per la individuazione della malattia di base – rileva le carenze di interfaccia tra domanda ed offerta di assistenza.

**Cause di ingresso in dialisi (Pazienti entrati in dialisi dal 1.1.1994):**

DIAGNOSI	Totale
SISTEMICHE	6,25%
DIABETE	9,36%
NEFR. EREDIT	10,31%
ALTRE	10,94%
VASCOLARI	11,56%
NEFR. INTERST.	15,31%
SCONOSCIUTE	18,13%
GLOMERULONEFRITI	18,13%
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>100,00%</b>

Si riportano infine, a titolo di paragone, i dati del registro nazionale di dialisi e trapianto con dati riferiti al 1997 ultimo anno di cui sia disponibile la raccolta dei dati a livello nazionale con dati inerenti prevalenza, incidenza.



**B) I PROBLEMI DI SALUTE**

Nell'ambito della predisposizione del presente atto di indirizzo programmatico generale, assumono rilievo i seguenti problemi di salute:

- il continuo aumento dell'incidenza dei casi di uremia terminale in Italia in generale e nella Regione Umbria in particolare, con conseguente aumento del divario tra risorse disponibili e necessità assistenziali;
- la elevata comorbilità associata alla uremia terminale con risultante aumento dei tassi di ospedalizzazione;
- l'alta mortalità dei pazienti in terapia dialitica;
- il costo elevato a carico del SSR della terapia sostitutiva della fase terminale delle malattie renali;
- la possibilità, di prevenire e/o ritardare l'arrivo del paziente nefropatico alla terapia sostitutiva e che consiste nella dialisi o nel trapianto d'organo;
- le nefropatie, come malattie invalidanti e le relative conseguenze per il paziente stesso, per i familiari e per il servizio sanitario.

### **C) OBIETTIVI DI SALUTE**

- Riduzione della incidenza di uremia terminale nella regione;
- riduzione della mortalità dei pazienti in trattamento dialitico;
- miglioramento della qualità della vita dei pazienti in trattamento dialitico;
- aumento del numero di trapianti renali.

### **D) ASSETTI ORGANIZZATIVI GENERALI**

Fatte salve le ulteriori puntualizzazioni che deriveranno dalla applicazione della legge 229/99 alla normativa regionale, si forniscono le seguenti indicazioni di carattere generale sugli assetti organizzativi.

La implementazione, nella erogazione assistenziale, degli interventi di prevenzione e terapia prevederà un loro inserimento nella realtà organizzativa delle strutture dipartimentali.

Solo queste possono infatti fornire la necessaria interdisciplinarietà indispensabile ai diversi momenti di prevenzione e terapia.

Il consultorio genetico parteciperà alla fase di prevenzione delle malattie eredo famigliari con tutto il supporto diagnostico e psico sociologico necessario.

Le unità di medicina vascolare opereranno in stretto contatto con il nefrologo nella prevenzione della evoluzione delle malattie vascolari renali.

I servizi di diabetologia opereranno di concerto con le unità nefrologiche nella prevenzione della evoluzione della nefropatia diabetica.

I servizi dietetici forniranno il loro contributo ai diversi livelli della assistenza nefrologica, anche tramite eventuale integrazione, nelle U.O di nefrologia e dialisi a più alta densità assistenziale, della competenza di dietista renale.

La cooperazione tra diverse unità specialistiche sarà anche mirata a fornire tempestivamente informazioni circa le previsioni di attesa di trattamenti sostitutivi, informazioni che ancora giungono ai centri nefrologici solo in misura relativa e frammentaria.

Per quanto riguarda l'assistenza ai pazienti affetti da patologie renali croniche, in particolare se necessitanti di terapie sostitutive, i servizi di diagnosi e cura collaboreranno nell'individuazione dei

trattamenti con i servizi di assistenza sociale delle aziende territoriali. Questo al fine di individuare il trattamento più appropriato per le condizioni socio-ambientali del paziente e di non caricare i servizi ospedalieri di attività socio-assistenziali improprie.

L'attività di trapianto è riservata alle strutture ad alta specializzazione autorizzate.

Di seguito vengono fornite le indicazioni per :

- - l'articolazione delle attività nefrologiche;
- - la integrazione delle competenze tra aziende ospedaliere e aziende territoriali.

#### **D.1) Articolazione delle attività nefrologiche**

Il paziente ha:

- il diritto di conoscere il tipo di trattamento terapeutico indicato dallo specialista nefrologo e di dividerlo attraverso un processo di consenso informato;
- il diritto ad avere il miglior trattamento possibile - compatibilmente con le condizioni cliniche – e con la maggiore uniformità qualitativa tra le diverse strutture, chiamate ad operare sulla base di standard di qualità;
- il diritto ad avere una assistenza effettuata da personale qualificato (medici specialisti e infermieri esperti);
- il diritto a che il materiale di dialisi ed i presidi dietetici siano considerati alla stessa stregua di farmaci e che quindi siano soggetti alle stesse regole di una prescrizione farmaceutica, ovviamente a parità di rapporto costo – efficacia;
- il diritto a poter essere trattato nel luogo più vicino al proprio domicilio;
- il diritto a che sia accertata la qualità del trattamento erogato tramite indici e parametri facilmente individuabili, acquisibili e valutabili.

L'attività nefrologica nelle strutture dipartimentali è articolata su 4 livelli:

- Ambulatorio nefrologico;
- Unità operativa di nefrologia e dialisi;
- Servizio di dialisi;
- Day hospital nefrologico.

##### **D.1.1) Ambulatori nefrologici territoriali**

Vaste aree ed alcuni distretti della regione risultano ancora sprovvisti di ambulatori nefrologici. La istituzione di questi è compito specifico delle aziende territoriali che dovranno renderne omogenea nel territorio la distribuzione. Le aziende dovranno ispirarsi sia ai bacini di utenza che alla dislocazione geografica delle sedi al fine di rendere agevole l'accesso ai pazienti e di ridurre le liste di attesa.

Compiti degli ambulatori sono:

- stimolo e supporto alle attività di prevenzione primaria e secondaria delle nefropatie;
- rilevazione precoce della presenza di nefropatie necessitanti di approfondimento diagnostico presso le unità operative, tramite sistemi di sorveglianza attiva con i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli altri servizi in grado di fornire indicazioni valide sul piano della diagnosi precoce;
- trattamento dei fattori di rischio della progressione della insufficienza renale cronica sia con mezzi terapeutici che dietetici;
- proseguimento di monitoraggio e controllo di pazienti già inquadrati presso le unità operative.
- verifica della appropriatezza delle terapie in atto e supporto specialistico ai medici di famiglia.

I procedimenti diagnostico terapeutici dovranno avvenire secondo linee guida come specificato nel paragrafo E) del presente atto di indirizzo.



Gli ambulatori dovranno avvalersi di supporti specialistici interdisciplinari quali quello dietetico, cardiologico ed ecografico.

Dagli ambulatori dovranno pervenire le necessarie informazioni al RUDT onde programmare le necessità di terapia sostitutiva nei diversi territori.

#### **D.1.2) Unità operativa di nefrologia e dialisi**

Le indicazioni della letteratura scientifica individuano per le unità operative di nefrologia e dialisi ampi bacini di riferimento e le collocano negli ospedali della rete dell'emergenza.

Conseguentemente, nelle more dell'applicazione di quanto previsto dalla normativa nazionale in materia di accreditamento, nello specifico della situazione umbra queste unità sono previste presso le ASL 1 e 4 (per le particolari condizioni territoriali), presso la ASL n.3, nonché presso le due Aziende ospedaliere in convenzione e stretta collaborazione con le rispettive Aziende territoriali.

La loro collocazione in ambiti dipartimentali è finalizzata a garantire la piena utilizzazione degli specialisti nefrologi e delle risorse dedicate secondo criteri di appropriatezza gestionale, di costante stimolo al miglioramento della qualità assistenziale e delle capacità professionali, nonché alla integrazione funzionale con le altre aree specialistiche.

Le unità operative di nefrologia e dialisi assicurano la completezza del procedimento diagnostico terapeutico delle malattie renali acute e croniche durante l'arco delle 24 ore. A tal fine possono avvalersi di tutti gli strumenti diagnostico - terapeutici previsti nell'ambito delle organizzazioni dipartimentali. Il trattamento dialitico si svolge di norma durante le ore diurne.

La interdisciplinarietà dell'approccio diagnostico terapeutico verrà promossa a tutti i livelli dirigenziali, al fine di garantire al paziente il massimo livello assistenziale. Il trattamento dialitico sarà assicurato ai pazienti acuti (anche residenti in altri reparti ad alta intensità assistenziale) lungo tutto l'arco delle 24 h, con struttura dedicata.

Dovrà essere garantita una permanente disponibilità di un minimo di posti di degenza e di posti di dialisi per i pazienti nefropatici trattati presso i servizi di dialisi con particolari problemi non risolvibili in regime ambulatoriale o richiedenti una alta intensità assistenziale.

E' opportuno prevedere presso la U.O. funzioni di ambulatorio specialistico per supportare gli ambulatori territoriali nei casi di elevata complessità.

I procedimenti diagnostico terapeutici dovranno attenersi il più possibile ai criteri della buona pratica clinica e, ove concordate, verranno di norma adottate le linee-guida.

#### **D.1.3) Servizi di dialisi**

I servizi di dialisi sono preposti al trattamento dialitico cronico dei pazienti con uremia terminale; possono essere "autonomi" (compatibilmente con la loro collocazione in ambiti dipartimentali) o possono dipendere a loro volta da altri centri di dialisi (Centro di assistenza decentrata o limitata). I centri di assistenza decentrata o limitata dipendono dal responsabile della U.O. di nefrologia e dialisi o del centro di dialisi di riferimento, che ne assicurerà il corretto funzionamento e la eventuale selezione dei pazienti.

La loro attività si svolge nelle ore diurne.

Non sono previsti trattamenti per pazienti acuti.

Nei centri dialisi dovrà essere prevista la presenza di un ambulatorio nefrologico.

La dislocazione dei servizi dovrà essere tale da rispondere ai requisiti di agevole accesso dei pazienti delle varie aree riducendo al massimo i tempi di trasporto da e per il centro.

La programmazione del numero dei posti-dialisi sarà stabilita in base al bacino di utenza ed ai dati forniti dal RUDT, prevedendo, per quelli allocati presso le Aziende Ospedaliere, dotazioni atte a soddisfare il fabbisogno assistenziale del proprio bacino di ospedale di comunità, incrementato del 25-40% in modo tale da permettere l'assistenza di quei "pazienti complessi" che comunque non sono trattabili nei servizi di dialisi dell'Azienda territoriale di riferimento.

I pazienti trattati presso i servizi di dialisi non annessi alle unità operative di nefrologia e dialisi dovranno avere la garanzia di trattamenti qualitativamente uniformi a quelli trattati presso le suddette unità.

#### **D.1.4) Day hospital nefrologici**

Questi sono di norma attivati presso le unità operative di nefrologia e dialisi.

In relazione al bacino di utenza e alla disponibilità di strutture diagnostiche adeguate nelle sedi dei servizi di dialisi autonomi potranno essere attivati i day hospital nefrologici.

#### **D.2) Integrazione delle competenze tra aziende ospedaliere e aziende territoriali**

Le aziende ospedaliere e le aziende territoriali collaborano istituzionalmente alla creazione all'organizzazione ed all'adeguamento della rete dei servizi di prevenzione, diagnosi e terapia delle malattie renali.

Lo strumento organizzativo indicato dal piano è costituito da una rete integrata di servizi complementari tra aziende ospedaliere e aziende territoriali.

La integrazione delle prestazioni è determinata dai seguenti fattori: insistenza territoriale, competenze istituzionali e dotazione di risorse specifiche.

Mentre la naturale strutturazione delle aziende ospedaliere è rivolta alla diagnosi ed al trattamento delle specifiche condizioni morbose, la organizzazione a finalità socio-sanitarie delle aziende territoriali le predispone al supporto globale del paziente con patologia cronica invalidante.

Pertanto sono di specifica competenza delle aziende territoriali:

- informazione agli utenti sui servizi disponibili, la loro ubicazione e i meccanismi di accesso agli stessi;
- l'istituzione degli ambulatori nefrologici territoriali;
- l'individuazione delle aree sprovviste di ambulatori nefrologici e istituzione degli stessi in collaborazione con le U.O. di nefrologia e dialisi;
- l'organizzazione dei servizi di dialisi sul territorio;
- l'organizzazione logistica del trattamento domiciliare dei nefropatici cronici, in collaborazione con le U.O. di nefrologia e dialisi;
- il supporto di assistenza sociale dei pazienti in trattamento sostitutivo sia sul territorio che nelle aziende ospedaliere;
- diagnosi e cura delle nefropatie in collaborazione con le aziende Ospedaliere.

La competenza delle aziende ospedaliere si esercita su:

- diagnosi e cura delle nefropatie;
- trattamento dei pazienti nefropatici acuti;
- trattamento dei pazienti clinicamente complessi;
- trattamento sostitutivo dei pazienti del territorio di riferimento distrettuale dell'azienda;
- selezione, addestramento ed organizzazione clinico - strutturale del trattamento domiciliare dei nefropatici cronici in collaborazione con le U.O. di nefrologia e dialisi;
- formazione e aggiornamento del personale specializzato e dei medici di base.

Competenze comuni:

- istituzione di sistemi di controllo e verifica della qualità delle prestazioni erogate.

## **E) SISTEMI OPERATIVI TECNICO SPECIFICI**

Gli strumenti individuati al fine del raggiungimento degli obiettivi sono:

- la prevenzione primaria e secondaria;
- la ottimizzazione della terapia conservativa;
- una strutturazione del trattamento sostitutivo che risponda a requisiti di qualità e di equa distribuzione sul territorio;
- la accessibilità ai servizi dovrà essere facilitata non solo con la redistribuzione degli stessi, ma anche con una idonea informazione agli utenti sugli stessi.

La prevenzione primaria deve essere mirata alla eliminazione dei fattori di rischio noti e modificabili.

La prevenzione secondaria deve essere mirata alle patologie degenerative e dismetaboliche che nel loro corso coinvolgono il rene causando infine l'insufficienza renale (diabete e malattie vascolari).

La prevenzione precoce è anche mirata alle malattie renali ereditarie alcune delle quali hanno in Umbria una incidenza non trascurabile (rene policistico).

Sia nell'ambito della prevenzione delle malattie renali che del trattamento medico sia conservativo che sostitutivo saranno di riferimento le linee guida che la Regione valuterà come rispondenti ai seguenti criteri:

- rigorosa documentazione delle evidenze di efficacia;
- bilanciamento delle competenze presenti in sede di elaborazione delle linee guida: è opportuno che nella loro stesura (o come criterio di verifica in sede di validazione) siano valorizzate maggiormente quelle che derivano da apporti multiprofessionali e che hanno previsto negli staff di lavoro la presenza di epidemiologi, medici di sanità pubblica ed economisti sanitari, oltre a verificarne l'accettabilità da parte delle associazioni dei pazienti;
- sostenibilità economica delle proposte: al di fuori di qualsiasi logica incrementale, una buona linea guida, deve indicare oltre alle cose da fare, anche quelle da non fare più, perché obsolete o di dimostrata inefficacia;
- accurata previsione delle modalità di applicazione ed implementazione;
- parallela definizione della base formativa necessaria per l'aggiornamento delle conoscenze e capacità professionali, attraverso opportuni interventi formativi, in modo tale da elevare la preparazione media dei professionisti e metterli nelle condizioni di partecipare attivamente e di poter recepire, in piena consapevolezza le indicazioni proposte dalle linee guida.

La Regione:

- valida le linee guida nel rispetto dei criteri sopra definiti, dando la priorità all'applicazione di quanto previsto in materia dal PSN;
- si avvale di collaborazioni sul piano metodologico (progetto TRIPS, etc.);
- cura la disponibilità delle competenze (in particolare per l'economia sanitaria) necessarie per l'eventuale redazione di linee guida regionali;

- cura la organizzazione e gestione del RUDT avvalendosi della consulenza di un responsabile nefrologo. L'invio dei dati, almeno con cadenza trimestrale, al RUDT è obbligatorio per tutti i centri dialisi siano essi pubblici che privati ed è soggetta a sorveglianza durante l'attuazione del piano. Report periodici saranno distribuiti ai centri sulla base dei dati inviati.

## **F) SISTEMI OPERATIVI PER L'APPROPRIATEZZA GESTIONALE**

Considerata la complessità delle procedure e dei trattamenti l'assistenza dei nefropatici è di norma affidata a personale medico specialista in nefrologia (o in specialità affine) o che abbia prestato almeno cinque anni di servizio nella disciplina.

L'assistenza nefrologica nei servizi e nelle unità operative va garantita da équipe specialistiche e non da singoli specialisti, verificando l'effettiva utilizzazione di tutte le risorse specialistiche presenti in ambito dipartimentale e attivando, ove necessario, supporti convenzionali.

Per i servizi previsti dal presente atto saranno applicati nel triennio i criteri di accreditamento strutturale e professionale previsti dalla legge 229/99, cui si conformeranno anche i criteri per l'individuazione dei referenti responsabili dei diversi contesti assistenziali, fermo restando il riferimento di quanto previsto dalla normativa nazionale per le attribuzioni che saranno effettuate prima di tale data.

Gli indici di attività rilevati dalle Direzioni Aziendali sono la base per le determinazioni organiche delle unità operative.

Deve inoltre essere tutelato il diritto del paziente a valutare l'operato sulla propria persona, attraverso opportune procedure di informazione e di analisi della qualità percepita.

Il personale addetto agli ambulatori nefrologici sarà lo stesso dei servizi di dialisi ove questi sono presenti, mentre le visite nefrologiche ambulatoriali saranno effettuate da personale specializzato. In assenza di questi andrà utilizzato il meccanismo convenzionale.

Per quanto riguarda i requisiti tecnico strutturali dei servizi di dialisi si fa riferimento alle recenti normative di igiene e sicurezza.

Priorità assolute nella attivazione dei nuovi centri e nella ristrutturazione di quelli esistenti saranno:

- rispetto della dignità e della riservatezza dei pazienti prima durante e dopo il trattamento. Questo requisito è ottenuto con la creazione di aree di attesa, spogliatoi, medicherie e spazi adeguati;
- tutela della salute del paziente e prevenzione del contagio con agenti trasmissibili;
- necessità di postazioni dialitiche separate per contumacia e pazienti portatori di virus dell'epatite trasmissibili per via diretta e dell'HIV;
- ottimale utilizzo delle risorse umane e tecnologiche.

Per un ottimale utilizzo del personale e dell'investimento tecnologico i servizi di dialisi non dovrebbero avere un numero di postazioni dialitiche inferiore a 8 (comprensivi dei letti "sporchi").

I suddetti punti saranno oggetto dei meccanismi di verifica e controllo della qualità.

### **F.1) Attribuzione e gestione delle risorse**

La riconversione delle strutture e la riqualificazione del personale proveniente da altre attività sono i principali meccanismi attraverso cui si può mirare ad una attuazione dei programmi senza un sostanziale aggravio di spesa.

Una ulteriore razionalizzazione dei costi è ottenibile attraverso un nuovo meccanismo di acquisizione dei servizi. La disparità nei volumi dei trattamenti dialitici tra le diverse aziende della regione fa sì che i servizi ed i materiali dialitici vengano acquisiti con notevoli disparità di costi e con costi fissi aggiuntivi di gara per ciascuna azienda.

Va quindi individuato, di concerto con i servizi farmaceutici delle singole aziende, un meccanismo unico centralizzato di acquisizione di materiali e servizi per la dialisi che si prefigga, a parità di prestazioni erogate un risparmio non inferiore al 10%, sempre operando nell'ambito dei principi che garantiscono i diritti dei pazienti, richiamati nel paragrafo D.1.

Le risorse generate da questo risparmio dovrebbero essere destinate dalle direzioni aziendali all'adeguamento degli organici, alla formazione del personale medico e infermieristico da destinare ai nuovi servizi e per potenziare quelli esistenti.

In sede di aggiornamento del tariffario regionale andranno previste compensazioni per i trattamenti che le aziende ospedaliere erogano a pazienti ad alta complessità clinica, ovviamente pesandone la prevalenza all'interno del complessivo carico assistenziale.

Le risorse attribuite alla realizzazione del progetto, circa 700 milioni l'anno per il 2000 ed il 2001, verranno assegnate alle aziende sanitarie in base alla popolazione residente, pesata per la prevalenza di pazienti in dialisi. Questi fondi verranno in massima parte destinati prioritariamente all'incremento della dialisi domiciliare, in seconda istanza agli adeguamenti organici finalizzati al piano.

Il Registro regionale Umbro Dialisi e Trapianti (RUDT) sarà finanziato con i fondi destinati all'osservazione epidemiologica.

## **F.2) Sistemi di contabilità**

Le aziende sanitarie e l'Assessorato avvalendosi dei sistemi di contabilità economico - patrimoniale e analitica determinano i costi attribuibili ai servizi chiamati a realizzare il presente atto di indirizzo in modo da poter effettuare analisi costi - efficacia e costi efficienza e comparazioni tra servizi regionali e/o di altre regioni.

## **F.3) Valutazione di processo e di esito**

Quanto stabilito dal presente atto di indirizzo dovrà essere applicato dalle Aziende Sanitarie Umbre. Per la valutazione di processo e di risultato, verificabile tramite il riscontro del raggiungimento degli obiettivi annuali, sarà costituito a livello regionale un apposito Gruppo di lavoro con la presenza di delegati delle direzioni aziendali.

Sarà inoltre attivato un tavolo di consultazione a cadenza almeno annuale con le organizzazioni degli utenti per la verifica della accessibilità dei servizi e della percorribilità delle soluzioni assistenziali qui proposte.

## **F.4) Accredimento strutturale e professionale e formazione continua**

In base anche alla normativa nazionale, i centri umbri dovranno essere accreditati nei tempi indicati e secondo le modalità previste.

Tutti i servizi dovranno, secondo standard nazionali e internazionali ormai condivisi ma che nell'ottica di quanto detto sopra andrebbero organicamente riproposti in modo unico e condiviso, rispondere ad precisi requisiti di attività e di dotazioni e soprattutto di formazione ed aggiornamento del personale, per garantire qualità e appropriatezza di prestazioni. Tali programmi dovranno essere previsti nei Piani attuativi delle aziende ed anche a livello regionale, per tutte le figure professionali coinvolte. In questa direzione, la competente struttura dell'Assessorato si avvarrà del Gruppo di lavoro previsto nel paragrafo F.3.

### **F.5) Supporti conoscitivi: epidemiologia, sistema informativo, ricerca**

*F.5.1)* La redazione del presente atto ha risentito del tutto positivamente della disponibilità delle base di dati prodotta dal Registro, che va quindi confermato e ulteriormente finalizzato nel suo funzionamento alla quantificazione degli obiettivi di salute ed alle necessità della fase di valutazione di esito.

*F.5.2)* La ricerca finalizzata regionale, per gli anni 2000 e 2001, anche in questo specifico settore sarà orientata a coniugare sviluppo della ricerca applicata ed innalzamento dei livelli assistenziali. E' intenzione della Regione prevedere finanziamenti per la ricerca finalizzata alla programmazione sanitaria, indirizzata su determinati filoni e problematiche ritenute prioritarie per l'assistenza sanitaria umbra.

L'oggetto della ricerca finalizzata per l'anno 2000 sarà rappresentato dalla [messa a punto di un progetto di prevenzione primaria e secondaria delle nefropatie].

Nel 2001 sarà oggetto di ricerca finalizzata la verifica di qualità (comprensiva anche della qualità percepita dagli utenti) dei servizi coinvolti nella lotta alle nefropatie.

### **G) MANUTENZIONE DEI CLIMI ORGANIZZATIVI E GESTIONE DEI RUOLI ESTERNI**

Per garantire risultati in termini di efficacia e di qualità delle prestazioni, i singoli professionisti si devono sentire coinvolti a pieno titolo nella organizzazione del lavoro, responsabili delle proprie azioni e motivati nel perseguimento di obiettivi di qualità da raggiungere, non in termini individualistici, ma con un forte senso di lavoro di gruppo, di integrazione e di partecipazione alle scelte programmatiche.

#### **G.1) Clima interno**

E' indispensabile prevedere:

- possibilità di scambi di opinioni con tutti i professionisti, gli operatori sanitari e amministrativi coinvolti nei vari processi di assistenza o di organizzazione dei servizi e attività;
- che le rappresentanze delle professionalità partecipino ai momenti formali consultivi e decisionali (Consigli di Dipartimento, riunioni di servizio, ecc.);
- sistemi premianti che motivino gli operatori;
- diffusione e piena disponibilità dell'informazione scientifica accreditata nell'ambito di un processo di VRQ e miglioramento continuo di qualità.

## **G.2) Ruoli esterni**

Presupposto basilare per il raggiungimento completo degli obiettivi di questo atto di indirizzo è il coinvolgimento e la completa integrazione delle varie figure professionali coinvolte del mondo sanitario, del mondo sociale, ma anche delle associazioni di volontariato, del terzo settore e di tutte le figure che a vario titolo e a vario livello possono aiutare al raggiungimento degli obiettivi di salute prefissati.

All'interno dell'atto di volta in volta sono stati indicate le figure chiave e gli organismi da coinvolgere a pieno titolo nella fase di progettazione e di realizzazione delle attività, facendo nel contempo chiarezza sulla delimitazione delle specifiche aree di intervento, nel rispetto preciso dei ruoli e delle competenze.

## **H) CALENDARIO DEGLI IMPEGNI PER IL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PIANO**

1) Entro il primo anno:

- programmazione aziendale dell'effettiva attivazione dei servizi previsti;
- implementazione delle attività di dialisi domiciliare;
- piano di formazione;
- rassegna delle evidenze e delle linee guida disponibili;
- definizione degli indicatori di esito;
- effettiva collaborazione di tutte le aziende con il RUDT.

2) Entro il secondo anno:

- attivazione dei servizi previsti a livello aziendale;
- implementazione delle attività di dialisi domiciliare;
- attuazione dei piani di formazione;
- validazione delle linee guida a livello regionale;
- riorganizzazione del registro e di eventuali altri flussi informativi ai fini delle valutazioni di esito.

3) Entro il terzo anno:

- verifica della qualità dei servizi attivati per la lotta alle nefropatie;
- verifica dei fabbisogni
- attuazione dei piani di formazione;
- adozione delle linee guida validate a livello regionale;
- prime valutazioni di esito.

## **5.2.4. PROMOZIONE E TUTELA DELLA SALUTE DEGLI IMMIGRATI**

### **A) CORNICE**

Il consistente flusso di immigrati, provenienti soprattutto dai Paesi in Via di Sviluppo e dall'Est Europeo, pone il nostro Paese di fronte alla necessità di confrontarsi, a più livelli, con le recenti trasformazioni sociali dovute all'afflusso di persone con culture d'origine diverse dalla nostra.

E' certo, comunque, che i problemi dell'immigrazione e dell'integrazione vanno gestiti con un certo grado di osservazione e di controllo del fenomeno, attraverso un adeguato investimento di risorse e di costanza amministrativa. Per far fronte ai numerosi cambiamenti che l'evento migrazione comporta, infatti, occorre adeguare i servizi socio-sanitari alle esigenze di questa nuova fascia di

popolazione, garantendo risposte che, nel rispetto della diversità socio-culturale della persona, siano qualitativamente e quantitativamente adeguate.

Rispetto al numero di immigrati presenti nel nostro Paese sono state formulate stime diverse e molto spesso divergenti sulla reale consistenza del fenomeno, difficile da quantificare, data l'impossibilità di reperire dati attendibili sulla effettiva presenza degli immigrati clandestini.

Per quanto riguarda l'Umbria, secondo stime ufficiali, al 31/12/97 risultavano presenti 19.415 stranieri, tra comunitari ed extracomunitari, mentre i dati della Questura di Perugia parlano di 30.000 stranieri presenti nella nostra regione, compresi quelli irregolari.

In linea con quanto disposto dal Piano Sanitario Nazionale 1998/2000 e in accordo con le finalità previste dal Piano sociale regionale, il Piano sanitario regionale, nell'arco di tempo della sua validità (1999/2001), si pone come obiettivo generale quello di garantire agli immigrati presenti sul nostro territorio, a prescindere dalla loro posizione giuridica, sia essa regolare o meno, la promozione e la tutela di uno dei diritti fondamentali della persona, quello alla salute.

L'immigrazione può generare condizioni di discriminazione, emarginazione ed esclusione dai processi sociali e civili, creando dei fattori di rischio per lo stato di salute dello straniero e della collettività ospitante.

La Legge 6 marzo 1998, n. 40 riconosce e garantisce appieno questo diritto, in quanto detta alcune disposizioni, in materia di assistenza sanitaria, a tutela della salute degli immigrati.

Per quanto riguarda gli stranieri non iscritti al Servizio sanitario nazionale il comma 3, art. 33 della sopracitata legge dispone che: "*ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, sono assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva.*"

Sono in particolare garantiti:

- a) *la tutela sociale della gravidanza e della maternità;*
- b) *la tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione sui diritti del fanciullo del 20 Nov. 1989;*
- c) *le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalle regioni;*
- d) *gli interventi di profilassi internazionale;*
- e) *la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai.*

## **B) PROBLEMI DI SALUTE**

Dall'analisi dei problemi di salute registrati e messi in evidenza dalle varie Aziende sanitarie e dai vari Centri di accoglienza operanti in Umbria, nonché da una analisi della domanda svolta presso l'Azienda Ospedaliera di Terni) non sono state evidenziate particolari e specifiche patologie, mentre è emerso con chiarezza che gli immigrati esprimono per lo più patologie comunemente riscontrabili nella popolazione residente in Umbria; la loro accentuazione tra gli extracomunitari può derivare dalle condizioni di disagio sociale, abitativo e di adattamento in cui spesso vivono.

Inoltre, è emerso che un gran numero di extracomunitari, in particolare modo la categoria dei lavoratori stagionali, presenta patologie da riferirsi al mancato rispetto delle norme di sicurezza per la tutela della salute nei luoghi di lavoro.



## C) OBIETTIVI DI SALUTE

In base a queste indicazioni, gli obiettivi di salute prioritari, da perseguire nel triennio di validità del Piano sanitario regionale, sono i seguenti:

### C.1) Accessibilità ai servizi

- Informare tutti coloro che ottengono il permesso di soggiorno sui diritti di assistenza e modalità di accesso;
- informare tutti gli immigrati sulla possibilità di accesso al Servizio Sanitario;
- garantire in almeno ogni centro di salute di ciascun distretto un punto di accesso “informale” agli immigrati irregolari.

### C.2) Promozione e prevenzione

- Garantire la copertura vaccinale secondo le indicazioni del Programma EPI OMS e del Piano nazionale vaccini;
- attivare interventi di educazione sanitaria sulla prevenzione delle malattie trasmissibili;
- ridurre del 50% la percentuale di abitazioni di immigrati extracomunitari irregolari non dotate di abitabilità rispetto alla base/line del 1999 (dato da acquisire);
- verificare l'applicazione della normativa vigente in materia di sicurezza e diritto del lavoro a tutti i lavoratori immigrati.

### C.3) Assistenza

- garantire l'accesso alla rete dei servizi socio-sanitari, territoriali ed ospedalieri;
- garantire l'accesso delle donne immigrate alla rete dei servizi consultoriali ed ospedalieri;
- garantire presso ciascun DSM una area di ascolto per i problemi di salute mentale legati alla condizione di immigrato

## D) ASSETTI ORGANIZZATIVI GENERALI

In linea con quanto disposto dal Regolamento d'attuazione della Legge 40 del 6/3/98, la Regione individua le modalità organizzative che assicurano l'erogazione delle cure previste dall'art. 35, comma 3, del Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, nell'ambito delle stesse Aziende Sanitarie Locali, mantenendo, al tempo stesso, rapporti con gli organismi di volontariato aventi esperienza specifica.

**Il trasferimento per cure in Italia con rilascio di permesso di soggiorno per cure mediche è altresì consentito nell'ambito di programmi umanitari definiti ai sensi dell'art. 12, comma 2, lettera c) del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n.502, come modificato dal D. Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517, previa autorizzazione del Ministero della Sanità, d'intesa con il Ministero degli Affari Esteri.**

**Le Aziende Sanitarie locali e le Aziende ospedaliere, tramite la Regione, sono rimborsate delle spese sostenute, che fanno carico al F.S.N.. La Regione parallelamente predisporrà un programma umanitario per minori extracomunitari per l'erogazione di prestazioni efficaci e la cui effettuazione è appropriatamente svolta dal Servizio sanitario regionale.**

L'erogazione delle prestazioni sanitarie dovrà essere effettuata secondo livelli uniformi su tutto il territorio regionale; nei casi in cui non sia possibile erogare localmente le prestazioni sarà cura del servizio ricorrere ad altre strutture sanitarie regionali.

## **D.1) Assistenza sanitaria**

### *a) Assistenza medico-generica*

L'assistenza medico-generica dovrà essere erogata dai Medici di Medicina Generale e dai Pediatri di libera scelta; possono inoltre essere stipulate convenzioni con Associazioni di Volontariato che si impegnino ad erogare, in strutture con personale proprio, l'assistenza di che trattasi, secondo le modalità previste dall'art. 43 "Visite Occasionali" di cui al DPR 484/96.

### *b) Assistenza Specialistica*

L'assistenza specialistica Ambulatoriale è assicurata dai Servizi Specialistici territoriali ed ospedalieri su attivazione dei Medici di Medicina Generale incaricati e/o dalle eventuali Associazioni di Volontariato.

Ove necessario nei servizi sopra elencati verrà utilizzato il modello regionale recante in evidenza la stampigliatura STP (Straniero temporaneamente presente).

Particolare attenzione verrà fornita alla accessibilità dei servizi consultoriali ed a quelli di salute mentale.

### *c) Assistenza Farmaceutica*

Ai fini del rimborso le prescrizioni farmaceutiche dei farmaci erogabili, a parità di condizioni di partecipazione alla spesa con i cittadini italiani, vanno effettuate su ricettario regionale e distribuite dalle farmacie convenzionate.

La Regione ha già predisposto un modello prescrittivo in cui dovrà essere utilizzato, ove necessario, un codice regionale a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente). Tale codice identificativo è composto, oltre che dalla sigla STP, dal codice ISTAT relativo alla struttura sanitaria pubblica che lo rilascia e da un numero progressivo attribuito al momento del rilascio. Tale codice deve essere utilizzato anche per la rendicontazione delle prestazioni effettuate da parte delle strutture pubbliche ai fini del rimborso.

### *d) Assistenza ospedaliera*

L'assistenza ospedaliera è garantita da tutti i presidi del Servizio Sanitario Regionale. Ai cittadini stranieri presenti sul territorio, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, saranno assicurate le prestazioni urgenti o comunque essenziali – sia se fruite in regime di ricovero che in regime ambulatoriale – conseguenti ad una diagnosi d'urgenza formulata dal medico accettante.

## **E) SISTEMI OPERATIVI TECNICO SPECIFICI**

Rispetto agli obiettivi di salute da perseguire si configurano una serie di azioni trasversali valide per ognuna delle aree problematiche individuate.

- 1) Elaborazione da parte delle Direzioni aziendali di raccomandazioni agli operatori del SSR e di indirizzi che garantiscano l'ottemperanza alle vigenti norme relative alla tutela della salute degli immigrati, al fine di indirizzarli adeguatamente e tempestivamente al servizio competente e di ricondurre allo specifico territoriale le richieste improprie.*

Le DGR n. 6366 del 30/09/97 e n. 6 del 7/01/99 – ora integrate dal presente atto di indirizzo- hanno demandato ai Direttori generali delle Aziende USL ed ospedaliere l'individuazione di almeno un distretto per ogni USL che assicuri assistenza sanitaria ai cittadini extracomunitari non iscritti al SSN, secondo livelli uniformi sul territorio regionale, e la possibilità di stipulare eventuali convenzioni e/o protocolli di intesa con le Associazioni del volontariato e/o le cooperative assistenziali.

Al fine di razionalizzare il servizio e di implementare le integrazioni funzionali ed organizzative tra SSR e tutti i soggetti preposti all'accoglienza dell'immigrato, verrà creato dalla regione un sito web dedicato.

- 2) Promozione di una campagna informativa da realizzare utilizzando i vari canali disponibili, in particolare, attraverso la stampa di opuscoli tradotti nelle lingue più diffuse, da distribuire presso i luoghi di maggiore frequentazione dell'immigrato, riguardanti:
  - Legge 6 marzo 1998 n.40;
  - vaccinazioni obbligatorie e facoltative;
  - rischi legati alle malattie trasmissibili, relative misure ed interventi di prevenzione (con particolare attenzione alla T.B.C. e alle malattie sessualmente trasmesse);
  - informazioni relative alla tutela della salute della donna e dell'età evolutiva (gravidanza, IVG).
- 3) Estensione alla popolazione immigrata della stessa copertura vaccinale garantita alla popolazione italiana; il medico di medicina generale e/o del pediatra di libera scelta provvedono alla prescrizione sul ricettario regionale delle vaccinazioni previste dalla vigente normativa.
- 4) Attivazione di servizi volti all'integrazione, in particolare, di un *centro di prima informazione per immigrati* che operi all'interno di una rete di collegamenti con tutti i soggetti preposti ad accogliere gli stranieri, che si occupi di problematiche sanitarie, sociali e assistenziali, attraverso un'attività di accoglienza, ascolto, analisi dei bisogni, counselling, sostegno e accompagnamento. Tutto ciò al fine di assicurare globalità e continuità della presa in carico della persona.
- 5) Attivazione di convenzioni tra i comuni e le ASL per usufruire del servizio di mediazione linguistico –culturale al fine di favorire e potenziare l'interazione delle persone immigrate con i servizi sanitari e gli operatori, per una maggiore efficacia dell'intervento e per la rimozione degli ostacoli che spesso si frappongono nell'incontro tra operatori e pazienti delle diverse culture e per garantire il rispetto delle differenze.

## **F) SISTEMI OPERATIVI PER L'APPROPRIATEZZA GESTIONALE**

### **F.1) Le risorse finanziarie dedicate al progetto**

Per la realizzazione del presente progetto sono stanziati £ 700 milioni per ciascuno degli anni 2000 e 2001; la loro assegnazione alle ASL avverrà nel 2000 sulla base della stima dei residenti extracomunitari "regolarizzati", mentre nel 2001 si procederà alla ulteriore pesatura in base al numero di prescrizioni e registrazioni delle prestazioni erogate agli immigrati irregolari, ricavando il dato dal codice identificativo attribuito ad ogni straniero, dal codice ISTAT relativo alla struttura sanitaria pubblica che lo rilascia e dal numero progressivo assegnato al momento del rilascio.

Per l'anno 2000 si prevede un accantonamento di £ 60 milioni destinati alle due aziende ospedaliere per attività di formazione.

Le direzioni aziendali ed i responsabili di distretto terranno conto altresì delle sinergie che potranno essere acquisite grazie alla disponibilità di fondi per il sociale, come previsto dalla normativa di settore e dal Piano Sociale Regionale di imminente approvazione.

### **F.2) Sistemi di contabilità**

Le aziende sanitarie e l'Assessorato avvalendosi dei sistemi di contabilità economico - patrimoniale e analitica determinano i costi attribuibili ai servizi chiamati a realizzare il presente atto di indirizzo in modo da poter effettuare analisi costi - efficacia e costi efficienza e comparazioni tra servizi regionali e/o di altre regioni.

### **F.3) Valutazione di processo e di esito**

L'erogazione dei finanziamenti per il 2001 sarà subordinata alla verifica della effettiva realizzazione dei programmi aziendali, da parte dell'apposito Gruppo di lavoro Regionale per la verifica del processo e degli esiti del presente Atto di Indirizzo.

Sarà inoltre organizzata una audizione annuale con i centri di accoglienza per avere pareri sulla applicazione di quanto previsto nel presente progetto.

### **F.4) Formazione degli operatori**

Le aziende sanitarie ed ospedaliere attivano programmi di sensibilizzazione, aggiornamento e formazione per **tutto** il personale sui diritti di assistenza degli immigrati e sulle modalità più opportune per assicurare loro un civile livello di assistenza sanitaria, in modo da facilitare la comunicazione con il paziente immigrato e la conoscenza di alcuni aspetti culturali e religiosi che possono interferire nel rapporto operatore/paziente.

### **F.5) Supporti conoscitivi: epidemiologia, sistema informativo e ricerca finalizzata**

L'OERU, in collaborazione con le aziende sanitarie ed ospedaliere organizza un sistema di sorveglianza sui problemi di salute degli immigrati.

La ricerca finalizzata regionale verterà, per l'anno 2000 sul tema delle condizioni abitative in cui vivono gli immigrati irregolari, mentre nel 2001 affronterà il tema della valutazione di qualità e di accessibilità dell'assistenza agli immigrati.

## **G) MANUTENZIONE DEI CLIMI ORGANIZZATIVI E GESTIONE DEI RUOLI ESTERNI**

L'organizzazione del servizio mette in gioco una serie di risorse oggettive che ne assicurano la realizzazione, cosa che la Regione garantisce mettendo a disposizione tutti gli strumenti necessari a tal fine. Ma l'aspetto da considerare particolarmente qualificante e significativo è costituito dall'insieme delle risorse umane, dal clima relazionale e motivazionale, dall'assunzione di responsabilità e condivisione degli obiettivi di salute da parte di tutti i soggetti coinvolti, a diverso titolo e a diverso ruolo, nella missione aziendale.

### **G.1) Clima interno**

Punto fondamentale nella strutturazione del servizio è la cura del clima all'interno dell'organizzazione attraverso:

- informazioni e corsi di formazione rivolti agli operatori al fine di sviluppare capacità relazionali e di interazione culturale con gli immigrati;
- utilizzo di mediatori culturali con il compito di facilitare la "comunicazione" tra utenti ed operatori;
- momenti di incontro informali tra operatori delle diverse aziende sanitarie, associazioni di volontariato, consulta per l'immigrazione ed eventuali altri soggetti, per mettere a confronto le proprie esperienze.

## **G.2) Ruoli esterni**

- L'assistenza sanitaria agli immigrati è regolamentata dalla Legge n.40 del 6/03/98 e dal successivo Decreto Legislativo n.286 del 25/07/98 che definiscono ruoli e compiti di Enti ed Istituzioni preposti alla tutela della salute dell'immigrato;
- per quanto riguarda l'assistenza sanitaria agli stranieri non iscritti al SSN la USL competente per il luogo in cui vengono erogate le prestazioni deve provvedere al loro pagamento, mentre se si tratta di prestazioni ospedaliere urgenti o comunque essenziali la spesa è a carico del Ministero dell'Interno;
- la Regione individuerà le modalità più opportune per garantire le cure essenziali e continuative nei Presidi pubblici e privati accreditati o avvalendosi della collaborazione con organismi di volontariato aventi esperienza specifica;
- il Servizio Relazioni Internazionali della Regione attua un coordinamento generale e vigila sugli adempimenti fatti carico a Servizi ed Enti coinvolti nell'applicazione ed attuazione della normativa in materia di immigrazione;
- verranno inoltre organizzati incontri e seminari regionali con tutte le Istituzioni e i soggetti interessati, per la verifica dell'attività svolta e per la discussione di eventuali problemi da affrontare.

## **H) CALENDARIO DEGLI IMPEGNI PER IL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PIANO**

### **1) Entro il primo anno:**

- elaborazione di protocolli e di linee guida per garantire l'accesso ai servizi da parte degli immigrati;
- promozione di una campagna informativa;
- definizione degli indicatori per la costruzione del sistema informativo;
- predisposizione dei corsi di formazione ed aggiornamento del personale.

### **2) Entro il secondo anno:**

- realizzazione di corsi di formazione ed aggiornamento del personale;
- garanzia di accesso ai servizi da parte delle popolazioni immigrate;
- individuazione di mediatori culturali;
- organizzazione del sistema informativo con eventuali sperimentazioni;

### **3) Entro il terzo anno:**

- copertura vaccinale così come previsto per la popolazione italiana;
- riduzione del 25% della percentuale di IVG nelle donne immigrate;
- controllo delle condizioni abitative degli immigrati irregolari per ridurre di almeno il 50% lo stato di non abitabilità;
- applicazione del D.Lgs 626/94 per la tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- valutazione di qualità dell'assistenza agli immigrati;
- messa a regime dei flussi del sistema informativo.

## 5.2.5. LOTTA ALL'AIDS

### A) CORNICE

A.1) Nella Regione dell'Umbria negli ultimi anni si è assistito ad un decremento, almeno apparente come del resto in tutta Italia, dei casi di AIDS (18 nel 1998, 27 nel 1997, 52 nel 1996, 48 nel 1995); pertanto il tasso di incidenza relativo all'ultimo anno disponibile nel territorio regionale è pari a 2,1 casi di AIDS per 100.000 abitanti, circa la metà di quello dell'anno precedente. Dei casi diagnosticati circa l'85% risulta residente in Umbria. Tenendo conto che il Registro dei casi di AIDS è soggetto ad adeguamenti a causa dei ritardi di notifica, si può comunque presumibilmente affermare che il calo effettivo delle diagnosi si aggira intorno al 35%.

Inoltre negli ultimi due anni in Umbria non è stato registrato nessun caso pediatrico, mentre dall'anno 1982 al 1996 ne erano stati segnalati 5.

Considerati i dati disponibili è necessario anche valutare con attenzione il possibile effetto dei trattamenti terapeutici oggi disponibili sulle dinamiche epidemiche: esistono infatti evidenze di efficacia per i trattamenti perinatali nella riduzione della trasmissione verticale dell'infezione, ma non sono ancora oggi disponibili trattamenti efficaci per ridurre l'infettività delle persone HIV+.

Inoltre, mentre da un lato alcuni trattamenti, che riducono solo in parte la contagiosità, possono migliorare la qualità della vita e la sopravvivenza delle persone con infezione da HIV, dall'altro, se non sono supportati da adeguati interventi di counselling, possono portare ad un aumento di incidenza dell'infezione nella popolazione.

Un altro fenomeno di cui bisogna tenere conto è la possibilità che, dopo un certo periodo di trattamento, una quota dei malati (stimata intorno al 20-40%) possa sviluppare resistenze ai farmaci utilizzati con conseguente aumento dei carichi assistenziali e con il rischio che si diffondano popolazioni virali selezionate.

A.2) Dall'analisi dell'andamento dell'infezione, ricavata dai dati forniti dal sistema di sorveglianza regionale, aggiornati al 1996, si evidenzia che questa continua a propagarsi nei soggetti che adottano comportamenti a rischio (assuntori di droghe iniettabili, contatti etero ed omosessuali non protetti). La diminuzione dei casi di infezione che si sta verificando dal 1994 sembra comunque da attribuire soprattutto al calo di nuove notifiche di infezione riferite a tossicodipendenti, accompagnata ad una lenta progressione dell'infezione tra la popolazione eterosessuale; ovviamente queste tendenze dovranno essere attentamente valutate ed eventualmente confermate non appena saranno disponibili anche i dati relativi al 1997 e al 1998.

### B) PROBLEMI DI SALUTE

I problemi di salute emersi dai contributi dati dal gruppo di lavoro ruotano intorno a quattro grandi aree:

- prevenire l'esposizione;
- ridurre la progressione dell'infezione;
- contrastare la progressione della malattia;
- approfondire la conoscenza epidemiologica del fenomeno.

### **B.1) Prevenzione dell'esposizione**

Nonostante il decremento dei casi di infezione verificatosi nella nostra regione a partire dal 1994 e attribuibile soprattutto alla variazione dei comportamenti a rischio da parte dei tossicodipendenti, il fenomeno resta comunque importante e invita a non abbassare la guardia.

Si può affermare con sufficiente validità che interventi efficaci di prevenzione rivolti sia alla popolazione generale (attraverso campagne di informazione, interventi di educazione sanitaria, ecc.) sia a coloro che adottano comportamenti a rischio (counselling, programmi di riduzione del danno, ecc.), possono ridurre il diffondersi dell'infezione.

Indagini campionarie su giovani maschi di 18 anni, condotte in Umbria, dimostrano una alta diffusione delle conoscenze sulle corrette modalità di prevenzione dell'HIV.

Per la popolazione generale si può assumere che la situazione rifletta quella dei giovani di 18 anni e pertanto gli sforzi educativi, informativi e di sensibilizzazione dovranno ancora essere rivolti ai giovani, in fase adolescenziale.

### **B.2) Ridurre la diffusione dell'infezione da HIV**

Dalle informazioni fornite dal sistema di sorveglianza epidemiologico umbro, in Umbria alla fine del 1996 risultano positivi al test 2088 soggetti (totale di test eseguiti: 36854) con un rapporto maschi/ femmine pari a 3,4/1. Di questi il 53% risultano residenti in Umbria, il 36% provengono da altre regioni e sono ospiti di comunità terapeutiche, reclusi o di passaggio, mentre del 10% non si conosce la residenza.

Dall'analisi dell'andamento dell'infezione nelle diverse categorie si evidenzia un decremento dell'incidenza nelle cosiddette categorie a rischio (assuntori di droghe iniettabili, etc.) a fronte di un lento incremento dell'infezione nella popolazione eterosessuale.

### **B.3) Contrastare la progressione della malattia, migliorare la sopravvivenza e la qualità della vita**

Nella Regione dell'Umbria, alla data del 31 dicembre 1998, le notifiche di AIDS ammontavano complessivamente a 383 casi, di cui 327 risultano essere residenti in Umbria; di queste segnalazioni 274 provengono dalla Provincia di Perugia (di cui 239 effettivamente residenti) e 109 dalla Provincia di Terni (88 residenti).

L'introduzione della terapia combinante a base di farmaci antiretrovirali ha consentito di ottenere consistenti successi nel contrastare la progressione della malattia.

Ciò comporta almeno due tipi di problemi :

- a) un aumento della prevalenza dei malati e/o di soggetti in trattamento, che implica anche la necessità di stimare attentamente i costi sanitari che questo fenomeno comporta;
- b) la possibilità che una quota di essi (stimata intorno al 40%) possa non rispondere più ai trattamenti, instaurando resistenze, aumentando i carichi assistenziali, e trasmettendo popolazioni virali selezionate.

### **B.4) Approfondire la conoscenza epidemiologica del fenomeno**

La Regione dell'Umbria ha attivato dal 1987 un sistema di sorveglianza epidemiologica dell'infezione in collaborazione con l'Istituto di Clinica delle Malattie Infettive dell'Università di Perugia che ha prodotto rapporti semestrali di valutazione dell'andamento epidemiologico dell'infezione. L'ultima relazione, contenente i dati di prevalenza al 31/12/96, evidenzia però la caduta di alcuni flussi provenienti da Servizi o Aree territoriali diverse e il ritardo di accertamento dell'infezione.

## **C) OBIETTIVI DI SALUTE**

- 1) Obiettivi per aumentare le conoscenze della popolazione e ridurre l'esposizione
  - Informare almeno il 95% dei giovani sulle modalità di prevenzione dell'infezione da HIV per via sessuale e tramite assunzione di droghe iniettabili;
  - informare la popolazione umbra sui principali rischi di trasmissione dell'infezione da HIV.
- 2) Obiettivi per la risoluzione dei problemi di salute legati alla condizione di sieropositività
  - Evitare la trasmissione sviluppando apposite conoscenze ed abilità;
  - evitare i ritardi di diagnosi di infezione;
  - evitare l'evoluzione verso la condizione di malato (aumentare la durata mediana di tempo tra la scoperta della condizione di sieropositività e la diagnosi di AIDS).
- 3) Obiettivi per contrastare la progressione della malattia, migliorare la sopravvivenza e la qualità della vita
  - Ottimizzare i trattamenti terapeutici rispetto alle condizioni specifiche dei pazienti;
  - creare le condizioni per una migliore compliance ai trattamenti;
  - gestire i fallimenti terapeutici.
- 4) Obiettivi del sistema di sorveglianza dell'infezione
  - Rilevare la prevalenza di definiti comportamenti sessuali (riferiti) e di conoscenze corrette sulle modalità di prevenzione dell'infezione da HIV, nel quadro del Sistema di Sorveglianza ed Intervento sui Rischi Comportamentali nei Giovani;
  - valutare l'incidenza, l'andamento temporale e geografico delle nuove diagnosi;
  - valutare e monitorare la prevalenza dell'infezione da HIV;
  - stimare il numero di persone potenzialmente infette;
  - studiare le caratteristiche dei soggetti che eseguono il test e i principali fattori di rischio.

## **D) ASSETTI ORGANIZZATIVI GENERALI**

Come già anticipato, la lotta all'AIDS nella nostra Regione e mediamente anche in Italia, ha raggiunto obiettivi soddisfacenti in relazione alle difficoltà connesse con gli interventi su questo tipo di patologia.

Gli assetti organizzativi vengono quindi in gran parte confermati, prevedendo puntualizzazioni ed espansioni soprattutto per le cose da potenziare, fatte salve le modificazioni che saranno introdotte nella normativa regionale in seguito alla approvazione della Legge 229/99.

*A livello regionale si provvederà a :*

- gestire il sistema di sorveglianza epidemiologica del fenomeno (Sistema di sorveglianza e intervento sui rischi comportamentali nei giovani, sistema di sorveglianza dell'infezione, registro dei casi di malattia);
- coordinare le attività di prevenzione e di educazione alla salute;
- effettuare valutazioni di processo e di esito.

*Assetto organizzativo e gestionale a livello di Aziende Ospedaliere e Aziende USL:*

Le Aziende Ospedaliere forniscono il necessario supporto assistenziale:

- garantendo l'attività di degenza, la diagnosi precoce e l'adozione di efficaci protocolli terapeutici;



- collaborando con i Servizi territoriali delle ASL alla definizione di un unico sistema di prescrizione e distribuzione dei farmaci antiretrovirali;
- attivando convenzioni con altri laboratori accreditati per la realizzazione di indagini di alto livello tecnologico e strumentale e che risulterebbe inefficiente realizzare in loco;
- seguendo il malato dal momento della sieropositività fino alla dimissione protetta, collaborando a pieno titolo con gli operatori del territorio;
- collaborano al Sistema Informativo regionale per lo studio epidemiologico dell'andamento dell'HIV e al registro AIDS.

Le Aziende USL svolgono di norma funzioni territoriali, tra cui:

- integrazione di tutti i servizi Aziendali per la gestione dell'infezione e della malattia (laboratori e centri trasfusionali, Distretti, Centri di salute, SERT, DIP, Servizio di Educazione Sanitaria, Ospedali);
- attività di educazione sanitaria e di informazione per la popolazione, in particolare quelle rivolte ai giovani al fine di prevenire l'esposizione;
- apposite attività di educazione sanitaria rivolte a chi adotta comportamenti a rischio al fine di sviluppare conoscenze ed abilità per evitare la trasmissione e per la prevenzione dell'infezione;
- intese con le Aziende Ospedaliere per la elaborazione e sperimentazione di protocolli di accesso alla diagnosi, alla terapia e alle dimissioni protette (ospedalizzazione a domicilio) che garantiscano un continuo flusso di dati sugli aspetti clinici, amministrativi e gestionali delle prestazioni effettuate;
- collaborazione alla gestione della sorveglianza epidemiologica dell'HIV;
- definizione di protocolli integrati per le forme di assistenza ai pazienti alternative al ricovero in ospedale.

Le ASL 1 e 3 gestiscono attività ospedaliere di infettivologia in stretto raccordo funzionale con la Clinica di malattie Infettive dell'Az. Ospedaliera di Perugia;

L'assistenza domiciliare ai pazienti affetti da AIDS.

Negli ultimi anni si è assistito a significative modificazioni delle modalità assistenziali legate alla domanda dei malati di AIDS, che sono aumentate, ma anche alle sollecitazioni degli operatori sanitari e organizzazioni di volontariato.

Dovendo convivere con la malattia per molti mesi od anni, non si può pensare che l'unica possibilità assistenziale possa essere rappresentata dal ricovero in un reparto di degenza ospedaliero.

Tra le forme innovative di assistenza, quella a domicilio del paziente rappresenta la sfida più recente e per certi versi quella che più di altre cerca di modificare lo stesso approccio culturale alla malattia.

Gli obiettivi generali dell'assistenza domiciliare consistono nel fornire una adeguata assistenza extra ospedaliera, consentire una riduzione dei tempi di ospedalizzazione, migliorare la qualità della vita del paziente e della famiglia, attivare la rete sociale esistente, contenere i costi.

E' importante contribuire a soddisfare i bisogni primari del paziente, attuare un intervento sanitario specifico soprattutto nelle fasi terminali della malattia, fornire un supporto domestico e psicologico, fornire consulenza per pratiche burocratiche, curare il collegamento con le risorse territoriali esistenti.

Nell'ambito della assistenza domiciliare possiamo distinguere:

- un'assistenza domiciliare integrata, cioè l'insieme coordinato di attività sanitarie integrate con interventi di natura socio - assistenziale diretti a curare, assistere, riabilitare la persona ammalata al proprio domicilio;

- una ospedalizzazione a domicilio, per quegli interventi in cui vengono trasferiti a casa del paziente attrezzature, procedure assistenziali, professionalità che sono proprie dei reparti di degenza. Questi interventi si realizzano prevalentemente nella forma di dimissione protetta. I trattamenti a domicilio che si configurano come ospedalizzazione domiciliare sono erogati a carico e sotto la responsabilità dell'Ospedale che opera la dimissione, se territorialmente compatibile;
- l'assistenza in casa famiglia, in genere è sviluppata sia per la parte sanitaria che sociale sotto forma di convenzione con organizzazioni del privato sociale.

La scelta della forma di assistenza andrebbe fatta in base allo stato della malattia ed al contesto ambientale di riferimento.

Per quanto riguarda le problematiche sociali della assistenza domiciliare ai pazienti affetti da AIDS esse sono legate alla necessità del prendersi cura in senso globale del paziente e della sua famiglia per cercare di offrire al malato la migliore qualità di sopravvivenza possibile.

Le problematiche presentate dalla assistenza domiciliare nei pazienti affetti da AIDS sono essenzialmente di tipo psicologico e sociale; vi sono inoltre problematiche psico - sociali dell'operatore.

Le problematiche psicologiche connesse alla malattia sono riconducibili:

- alla tipicità della condizione fisica, cioè dagli esiti delle infezioni opportunistiche pregresse e in corso;
- al grado di consapevolezza raggiunto circa la gravità del proprio stato;
- alla percezione di morte imminente.

Le problematiche psicologiche connesse al contesto sono riconducibili a:

- inevitabilità della condivisione della malattia con tutti i membri della famiglia;
- riattivazione di conflitti non risolti o percezione di rifiuti che impegnano le risorse psicologiche del paziente;
- mutamenti dell'assetto familiare a seconda della quantità di assistenza necessaria;
- inevitabilità di assunzione della decisione circa il contesto in cui vivere la propria condizione di malattia e la morte.

Oltre queste sopra citate, di conferma circa la gravità del proprio stato, l'attivazione di programmi di assistenza domiciliare introduce problematiche specifiche riconducibili alla non continuità dell'assistenza, alla molteplicità degli operatori e quindi alla loro diversa metodologia di intervento. In relazione alla molteplicità delle problematiche psicosociali e delle implicazioni che determinano nell'operatore a domicilio, questo va incontro facilmente a sentimenti di frustrazione, di angoscia, di solitudine, specie se non è molto sentito il lavoro di équipe; tutto ciò lo espone ancora di più al rischio di burn-out.

E' perciò necessario che gli operatori godano di una supervisione costante e di una formazione integrata che favorisca la crescita omogenea dei membri della équipe, oltre che di un sostegno in gruppo che consenta l'elaborazione delle emozioni.

Il primo livello che dovrebbe caratterizzare gli aspetti funzionali di un servizio di assistenza domiciliare é caratterizzato dalla valutazione della pluralità dei bisogni espressi dalla persona, con una specifica attenzione a quelli clinico - sanitari e socio - psicologici, finalizzata alla elaborazione di un programma di intervento personalizzato.

Il secondo livello, la attivazione del programma personalizzato, si attua attraverso tre tipi di intervento:

- assistenza domiciliare e sostegno domestico;
- sostegno al soggetto sieropositivo nelle relazioni sociali primarie e secondarie e, ove possibile il supporto alla famiglia od alle persone significative di riferimento del soggetto;

- assistenza e sostegno psicologico finalizzati alla esplicitazione ed alla elaborazione dei vissuti personali e/o familiari.

Il terzo livello è la verifica differenziale del programma personalizzato intesa come mezzo di riflessione in merito agli obiettivi, agli strumenti, alle modalità di intervento ed ai risultati attesi.

Questi livelli assicurano soltanto una parte della assistenza domiciliare che deve essere integrata per quanto attiene alle problematiche sanitarie con i Servizi della ASL e della Azienda Ospedaliera.

A tal fine è necessario prevedere la figura di un responsabile come interlocutore nei confronti dei reparti della Azienda Ospedaliera, di coordinamento del personale dei vari Servizi della ASL e di controllo rispetto alle convenzioni con il Privato Sociale.

Il protocollo operativo dovrebbe prevedere dimissioni concordate tra il medico curante, il responsabile del Servizio ai assistenza domiciliare ed i responsabile del reparto ospedaliero.

## **E) SISTEMI OPERATIVI TECNICO SPECIFICI**

I sistemi operativi tecnico - specifici dei professionisti che intervengono nelle varie fasi della lotta all'AIDS devono essere maggiormente connotati in termini di efficacia, appropriatezza alle condizioni specifiche del singolo paziente, sostenibili in termini economici dal Servizio sanitario.

Questo progressi, ampiamente contemplati e prefissati in sede di PSR 1999-2001 andranno ricercati in particolare per quanto riguarda:

- migliorare ulteriormente l'efficacia delle attività di Educazione Sanitaria rivolte alla popolazione, soprattutto ai giovani;
- attivare efficaci interventi di counselling;
- ridurre il ritardo diagnostico della malattia e delle varie patologie correlate, anche attraverso la promozione di un appropriato ricorso ai test diagnostici;
- migliorare l'efficacia e l'appropriatezza degli approcci terapeutici;
- perfezionare il sistema di isolamento e di identificazione del M. tuberculosis e di saggio delle resistenze ai chemioantibiotici;
- collaborare al sistema di sorveglianza nazionale sugli esiti del trattamento.

Dato che gli operatori di una organizzazione professionale quale la Sanità devono godere di opportuni margini di autonomia professionale e di discrezionalità operativa, e che peraltro potrebbe essere disfunzionale arrivare ad una rigida codificazione dei processi di lavoro, si tratta di favorire l'adesione a pratiche professionali opportunamente connotate dai criteri sopra richiamati.

Quindi linee guida e non protocolli.

Su questo terreno di lavoro c'è un ampio consenso, ma c'è molto da fare per arrivare a definire le linee guida di cui ha bisogno il servizio sanitario regionale e far sì che queste possano orientare l'attività dei professionisti e aumentare lo stato di salute dei cittadini.

I principali problemi da affrontare nel triennio riguardano:

- rigorosa analisi delle evidenze di efficacia;
- la manutenzione delle conoscenze e capacità professionali, attraverso opportuni interventi formativi, in modo tale da elevare la preparazione media dei professionisti e metterli nelle condizioni di partecipare attivamente e di poter recepire, in piena consapevolezza le indicazioni proposte dalle linee guida;
- il bilanciamento delle competenze presenti in sede di elaborazione delle linee guida: essendo noto che le strategie in sanità derivano da pressioni di singoli gruppi di professionisti o di specifiche società professionali, è opportuno che nella stesura delle stesse (o come criterio di verifica in sede di loro recepimento) siano valorizzate maggiormente quelle che derivano da

- apporti multiprofessionali e che hanno previsto negli staff di lavoro la presenza di epidemiologi, medici di sanità pubblica ed economisti sanitari;
- la sostenibilità economica delle proposte: al di fuori di qualsiasi logica incrementale, una buona linea guida, deve indicare oltre alle cose da fare, anche quelle da non fare più, perché obsolete o di dimostrata inefficacia;
  - la applicazione e la implementazione delle linee guida proposte: lo scarso recepimento avuto da linee guida regionali, elaborate con ampio supporto metodologico e vasta rappresentazione delle diverse professionalità, ci mette nella condizione di dover colmare il divario tra le intenzioni predicate e gli atti praticati, con opportuni provvedimenti per l'adozione e l'implementazione.

La Regione:

- valida le linee guida nel rispetto dei criteri sopra definiti, dando la priorità all'applicazione di quanto previsto in materia dal PSN;
- si avvale di collaborazioni sul piano metodologico (progetto TRIPS, etc.);
- cura la disponibilità delle competenze (in particolare per l'economia sanitaria) necessarie per l'eventuale redazione di linee guida regionali.

## **F) SISTEMI OPERATIVI PER L'APPROPRIATEZZA GESTIONALE**

Nell'area della lotta all'AIDS le Aziende e la sanità regionale in senso ampio dispongono di consistenti risorse umane, finanziarie, tecnologiche ed edilizie.

La verifica della appropriatezza gestionale nelle nuove condizioni operative sopra richiamate rappresenta un compito specifico delle direzioni aziendali, di dipartimento e di servizio.

### *F.1) Le risorse finanziarie dedicate al progetto*

Consistono nei fondi finalizzati alla lotta contro l'AIDS che ogni anno il Ministero della Sanità attribuisce alle Regioni per l'assistenza domiciliare e la formazione degli operatori ed ammontano ad un totale di £ 500 milioni circa, relativi a residui non utilizzati negli anni precedenti ed a £ 1.500 milioni circa complessive da rendere disponibili per gli anni 2000 e 2001.

Tali fondi saranno in parte attribuiti alle aziende e in parte riservati ad attività regionali

La quota regionale (circa 200 milioni) dovrà essere utilizzata:

- per costruire un sistema di sorveglianza dei rischi comportamentali nei giovani, con indagini ad hoc;
- per supportare il sistema di sorveglianza dell'infezione da HIV.

La quota destinata alle Aziende sanitarie in base alla popolazione residente.

Ovviamente, qualora non risultassero ancora utilizzati i fondi assegnati in precedenza, le Aziende dovranno procedere all'utilizzo di questi e quindi presentare progetti per le attività da realizzare.

Un effetto sinergico dovrebbe derivare sul sistema complessivo anche le risorse vincolate con la realizzazione dei progetti obiettivo collegati al PSN, con particolare riferimento a quelli relativi ai fondi destinati all'Assistenza domiciliare integrata.

## **F.2) Sistemi di contabilità**

Le aziende sanitarie e l'Assessorato avvalendosi dei sistemi di contabilità economico - patrimoniale e analitica determinano i costi attribuibili ai servizi chiamati a realizzare il presente atto di indirizzo in modo da poter effettuare analisi costi - efficacia e costi efficienza e comparazioni tra servizi regionali e/o di altre regioni.

## **F.3) Valutazione di processo e di esito**

Quanto stabilito dal presente atto di indirizzo dovrà essere applicato dalle Aziende Sanitarie Umbre. Per la valutazione di processo e di risultato, verificabile tramite il riscontro del raggiungimento degli obiettivi annuali con gli standard indicati per gli anni di vigenza del Piano, sarà costituito a livello regionale un apposito Gruppo di lavoro con la presenza di delegati delle direzioni aziendali.

Sarà attivato con cadenza almeno annuale un tavolo di consultazione con le organizzazioni che rappresentano i diritti alla salute dei cittadini, al fine di avere pareri in merito alla accessibilità dei servizi e alla percorribilità dei percorsi assistenziali proposti nel presente atto.

## **F.4) Accreditemento strutturale e professionale e formazione continua**

1) Per quanto riguarda l'accreditamento è necessario procedere, secondo i dettami della normativa, in tempi brevi, all'espletamento della formulazione dei criteri e requisiti indispensabili.

Strutture, organizzazione e personale devono garantire la massima qualità nelle prestazioni e nelle forme di assistenza, vanno quindi individuati i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali che essi devono possedere per erogare prestazioni sanitarie di qualità ed efficaci, siano esse di tipo ambulatoriale, che di ricovero per acuti e non acuti, sino essi appartenenti al servizio sanitario regionale che privati.

2) La formazione continua del personale che svolge attività di assistenza ai malati di AIDS, ai sensi della L.135/90, è iniziata nella nostra regione nel 1991 con l'attivazione di corsi regionali e sta tuttora proseguendo con corsi gestiti a livello di singole aziende.

Sarà necessario prevedere adeguati percorsi formativi per tutti gli operatori socio-sanitari, differenziandoli in base ai livelli di effettivo coinvolgimento nei processi assistenziali e garantendo anche l'immediata inclusione degli operatori sanitari che operano negli istituti di detenzione, per migliorare le conoscenze relative alle attività di informazione ed educazione sanitaria, ai comportamenti ed alle norme che garantiscono una adeguata protezione dalle esposizioni professionali, alla diagnosi precoce dell'infezione, al riconoscimento delle infezioni opportunistiche, alle novità sul trattamento farmacologico, al counselling.

## **F.5) Supporti conoscitivi: epidemiologia, sistema informativo, ricerca**

1) Come evidenziato tra i problemi di salute, è necessario sviluppare un più idoneo strumento informativo che permetta di raccogliere informazioni tempestive e corrette sull'andamento delle esposizioni, delle infezioni da HIV e dell'AIDS, permettendo analisi mirate e puntuali su alcuni aspetti particolari.

Per fare questo è necessario il coinvolgimento di tutti i Servizi Territoriali e Ospedalieri di diagnosi, nella progettazione di un sistema che garantisca un flusso uniforme ed accurato dai servizi alla Regione, che assicuri tutte le informazioni necessarie sui test, che utilizzi una apposita comune scheda epidemiologica (l'attuale sarà semplificata), che rilevi tutti i test eseguiti e soprattutto sia tempestivo.

Dovranno essere stabiliti secondo un protocollo omogeneo, flussi informatizzati e nella definizione del percorso sarà necessario:

- implementare e riorganizzare l'attuale sistema di sorveglianza dell'infezione;
- promuovere l'accesso al test;
- garantire riservatezza e anonimato a tutti coloro che si sottopongono al test ed attività di informazione e counselling;
- garantire che ogni richiesta di accertamento ogni prelievo e ogni riconsegna di referti preveda la compilazione dall'apposita scheda epidemiologica;
- far confluire le schede, provenienti dai laboratori o dai servizi territoriali, al servizio di Igiene Pubblica competente per territorio, che verifica la partecipazione di tutti i servizi interessati e la completezza delle informazioni e che quindi assicura l'invio alla regione;
- assicurare il ritorno delle informazioni a tutti i servizi che partecipano al sistema;
- collegarsi con ISS e le altre Regioni.

2) La ricerca finalizzata regionale verterà, per gli anni 2000 e 2001 su oggetti preferenziali di indagine:

- nell'anno 2000 il bando regionale verterà, per la lotta all'AIDS, sulla efficacia dei modelli di educazione alla salute per adolescenti;
- nell'anno 2001 la ricerca finalizzata regionale verterà sulla valutazione di qualità dei servizi impegnati nella lotta all'AIDS.

## **G) MANUTENZIONE DEI CLIMI ORGANIZZATIVI E GESTIONE DEI RUOLI ESTERNI**

Per garantire risultati in termini di efficacia e di qualità delle prestazioni, i singoli professionisti si devono sentire coinvolti a pieno titolo nella organizzazione del lavoro, responsabili delle proprie azioni e motivati nel perseguimento di obiettivi di qualità da raggiungere, non in termini individualistici, ma con un forte senso di lavoro di gruppo, di integrazione e di partecipazione alle scelte programmatiche.

### **G.1) Clima interno**

E' importante prevedere:

- possibilità di scambi di opinioni con tutti i professionisti, gli operatori sanitari e amministrativi coinvolti nei vari processi di assistenza o di organizzazione dei servizi e attività;
- che le rappresentanze delle professionalità partecipino ai momenti formali consultivi e decisionali (Consigli di Dipartimento, riunioni di servizio, conferenze dei servizi ecc.);
- sistemi premianti che motivino gli operatori;
- informazioni e corsi di formazione rivolti agli operatori al fine di sviluppare capacità relazionali e di interazione culturale con gli altri professionisti.

### **G.2) Ruoli esterni**

*Le relazioni con i soggetti esterni al SSN dovranno essere regolate da opportuni protocolli e/o convenzioni e pertanto le Aziende:*

- definiscono le modalità di partecipazione del volontariato e della cooperazione sociale all'assistenza domiciliare del malato;
- stabiliscono protocolli di intesa con le case circondariali, per la prosecuzione delle attività di assistenza farmaceutica e specialistica ai detenuti;

- stabiliscono protocolli di intesa con le comunità terapeutiche presenti sul territorio per regolare le modalità di accesso degli ospiti all'assistenza di base, specialistica e farmaceutica;
- definiscono programmi formativi rivolti ai soggetti esterni all'Azienda che comunque svolgono attività di assistenza al malato di AIDS.

## **H) CALENDARIO DEGLI IMPEGNI PER IL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PIANO**

### 1) Entro il primo anno:

- attivazione del Sistema di sorveglianza e intervento sui rischi comportamentali nei giovani;
- analisi delle evidenze di efficacia e delle linee guida disponibili per le materie definite nel paragrafo E;
- potenziamento dell'assistenza domiciliare;
- riorganizzazione del sistema informativo;
- messa a punto delle linee guida regionali.

### 2) Entro il secondo anno:

- predisposizione di corsi di formazione ed aggiornamento del personale;
- verifica e potenziamento degli interventi educativi;
- Potenziamento dell'assistenza domiciliare;
- applicazione delle linee guida regionali;
- messa a regime del sistema informativo come riorganizzato.

### 3) Entro il terzo anno:

- verifica di qualità del sistema informativo;
- valutazione di qualità del sistema assistenziale.

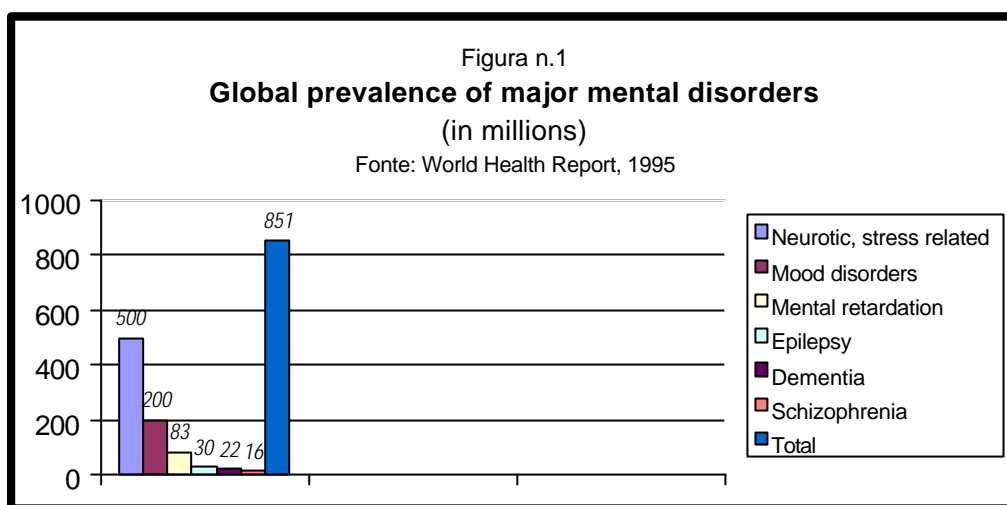
<b>5.2.6. PROMOZIONE E TUTELA DELLA SALUTE MENTALE</b>
--

## **A) CORNICE**

### **A.1) Quadro epidemiologico**

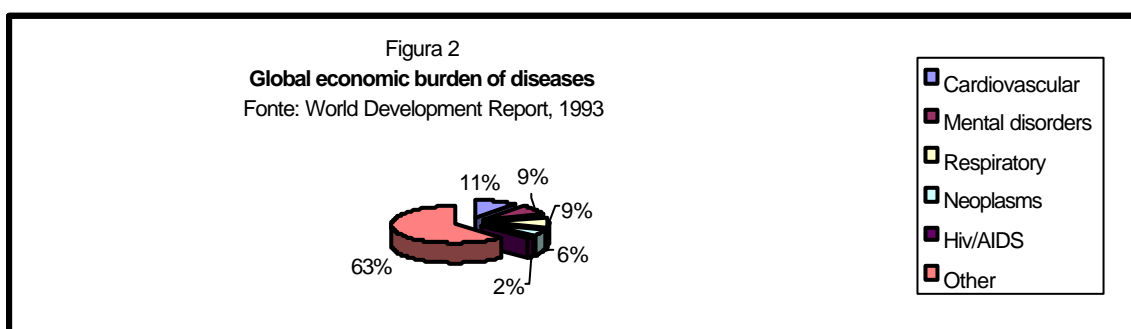
E' noto che la prevalenza annuale per malattie mentali nei paesi dell'occidente industrializzato presenta tassi elevati, tali da assumere rilevanza crescente anche in rapporto al grado elevato di disabilità e bisogno di lunga assistenza, perdita di produttività e sofferenza sia a carico dei soggetti direttamente investiti, sia a carico dei loro familiari.

Sono, a questo proposito, significativi i dati di prevalenza globale per i disturbi mentali di maggiore rilevanza presentati nel World Health Report del 1995 (vedi Figura 1).



Gli avanzamenti connessi con la crescente efficacia dei trattamenti farmacologici, con la maggiore disponibilità di trattamenti psicologici e riabilitativi, con lo svilupparsi della ricerca scientifica in un campo ad essa escluso dalla dimensione assistenziale prevalentemente asilare che l'aveva contrassegnato in passato, creano un quadro di positivo cambiamento, ma non riducono l'impatto complessivo di tali disturbi.

L'impatto sociale ed economico di un definito gruppo di disturbi mentali è stato stimato dalla World Bank, che valuta il Global economic burden of diseases nell'ambito del World Development Report del 1993, rappresentare circa il 9% di tutte le perdite economiche dovute a malattie, essendo rappresentato l' 11% dai disturbi cardiovascolari, il 9% dai disturbi respiratori, il 6% dalle patologie tumorali, il 2% da HIV/AIDS (vedi Figura n.2).



Lo studio dei disturbi psichiatrici nella popolazione ha avuto come riferimento l'esperienza svolta a Manchester da Goldberg ed Huxley, autori di un modello teorico che utilizza i concetti di "livelli di popolazione" e "filtro" per descrivere i disturbi psichiatrici che si osservano nella comunità, nell'ambito della medicina di base ed a livello dei servizi psichiatrici.



Alla luce di tale modello possono essere letti i tassi di prevalenza nei diversi livelli di popolazione, rilevati in tre aree geografiche europee (Manchester, Groningen e Verona Sud ) che mostrano valori di prevalenza totale annuale nella popolazione generale che oscillano tra il 25 ed il 31% (vedi tabella n.1).

Tabella n.1 - La morbilità psichiatrica nei cinque livelli dello schema di Goldberg ed Huxley. Tassi annuali per 1000 abitanti (da Bellantuono et al., 1992)

<i>Livello</i>	<i>Manchester</i>	<i>Olanda</i>	<i>Verona Sud*</i>
<b>Popolazione generale</b>	250-315	250-303	227
<b>Medicina di base</b>	230	224	34
<b>Cospicua</b>	101.5	94	23
<b>Servizi psichiatrici</b>	20.8	34	4
<b>Ricoverati in ospedale</b>	3.4	10	0.7

\*Prevalenza 1 settimana

Dati di prevalenza ed incidenza derivati dalla letteratura internazionale per le patologie schizofreniche indicano una prevalenza annuale per tali disturbi nella popolazione compresa fra l'1,3 ed il 7 per mille, mentre i tassi di incidenza annuale sono compresi fra lo 0,1 e lo 0,5 per mille. I Registri Psichiatrici dei Casi (RPC) riportano la frequenza di pazienti in trattamento presso i servizi specialistici di una determinata area geografica (quarto e quinto livello di Goldberg ed Huxley).

Nel periodo tra il 1987 ed il 1990 in 5 aree che utilizzano RPC (Arezzo, Caltagirone, Legnano, Portogruaro e Verona Sud) si sono evidenziati tassi di prevalenza medi annuali della patologia psichiatrica pari al 9,77 per mille, mentre i tassi di incidenza media annuale risultano nello stesso periodo pari al 2,31 per mille (cfr. Tabella n.2 da Domenichetti S. e Miceli M. La patologia psichiatrica in Italia in La salute in Italia Rapporto 1999 a cura di M.Geddes e G.Berlinguer).

Le diverse aree geografiche italiane mostrano una discreta variabilità nella morbilità specifica e totale, probabilmente in relazione con la diversa accessibilità e stile operativo dei diversi servizi.

Tabella n. 2 - Tassi annuali di prevalenza della patologia psichiatrica (per mille abitanti). Medie del periodo 1987-1990 in 5 aree italiane sedi di RPC.

<i>Diagnosi</i>	<i>Arezzo</i>	<i>Caltagirone</i>	<i>Legnago</i>	<i>Portogruaro</i>	<i>Verona Sud</i>
<b>Psicosi schizofreniche</b>	3.60	2.24	2.37	3.05	1.69
<b>Psicosi distimiche</b>	1.59	0.30	0.57	0.53	0.74
<b>Nevrosi e dist. Psicosom</b>	6.12	2.35	1.46	4.39	4.08
<b>Disturbi di personalità</b>	0.50	0.32	0.35	0.39	0.87
<b>Psicosi organiche</b>	0.51	0.19	0.12	0.60	0.25
<b>Altre diagnosi</b>	3.05	2.23	0.43	1.48	2.46
<b>Tutte le diagnosi</b>	15.37	7.63	5.30	10.44	10.10

Questi elementi, ed il diverso orientamento all'utilizzo per più ampie tipologie di problemi, rendono conto dei tassi di prevalenza doppi nelle aree coperte da RPC a livello europeo.

Il confronto tra morbilità nella popolazione generale e popolazione in cura mostra che solo 1 persona su 20 con disturbi psichici accede ai servizi specialistici: ciò è in relazione con variabili socio-culturali, di gravità del disturbo e di accessibilità ed organizzazione dei servizi specialistici stessi.

Per quanto attiene ai dati di mortalità, in una recente revisione degli studi sulla mortalità in presenza di disturbi psichici è stato evidenziato un tasso di mortalità quattro volte superiore nei soggetti schizofrenici rispetto alla popolazione generale. L'eccesso di mortalità era attribuibile per il 59% a cause naturali (nell'ordine malattie respiratorie, digestive, genito-urinarie) e per il 41% a cause violente (suicidi, incidenti, omicidi). Tali dati, nella loro tendenza, sono confermati da studi relativi a pazienti psichiatrici trattati in contesti assistenziali comunitari italiani.

Nei disturbi psichici il rischio di suicidio appare particolarmente elevato e, pur nella complessità del fenomeno suicidio in cui incidono componenti di contesto, eventi psicosociali e caratteristiche individuali, le componenti psicopatologiche rappresentano il fattore di rischio più importante. Per quanto riguarda il territorio locale, non sono disponibili dati di prevalenza ed incidenza provenienti da studi di popolazione realizzati in Umbria; il quadro emergente dai dati sopra citati andrà dunque letto alla luce dei tassi di utilizzazione annuale dei servizi di salute mentale umbri.

## **A.2) Aspetti problematici**

Come noto, i servizi di salute mentale in Umbria, hanno conseguito importanti risultati in ordine alla capillarità di presenza e radicamento nel territorio e nelle comunità locali. In quanto soggetti fornitori di programmi di cura complessi, in regime di continuità di cura ed integrazione degli interventi, sia per utenti adulti che per minori, hanno pure svolto una importante funzione di analizzatore dei bisogni della comunità, in particolare in merito alla rilevazione di fattori di rischio psicopatologico anche in aree di disagio sociale. Hanno realizzato stabili collaborazioni con soggetti, istituzioni, agenzie e servizi operanti nello stesso ambito comunitario, al fine di realizzare in modo integrato interventi preventivi e riabilitativi.

A fronte di tali risultati e, più di recente, in seguito alla attuazione della DCR n.372 del 7/7/97 “Piano regionale di riorganizzazione dei servizi e della tutela della salute mentale” che verranno affrontati di seguito, permangono aspetti problematici che attendono di essere affrontati, anche nel quadro della acquisizione ed attuazione del Progetto Obiettivo Nazionale “Tutela della Salute Mentale 1998-2000”:

- Necessità di completare la rete dei SPDC, così come già delineato nel Piano Sanitario Regionale 1989-1991 e nella DCR n.372 del 7/7/97, e di garantire i parametri di posto letto definiti nella DCR stessa e quindi livelli uniformi di qualità ed accessibilità delle strutture di ricovero ospedaliero a livello regionale. Tale priorità è dettata dalla condizione di difficoltà operativa che si è registrata negli ultimi anni a carico delle risposte situate in area ospedaliera: il sovraffollamento dei SPDC (di Perugia e Terni), conseguenza anche del carico di utenti provenienti dai DSM privi di tali servizi, la scarsa definizione dei rapporti con le Aziende Ospedaliere hanno prodotto (in particolare nel caso di Terni) condizioni di marginalità e conseguente riduzione degli standards qualitativi della accoglienza. Tali problematiche configurano il rischio di riattivazione di troppo grandi “contenitori” di degenza e lungodegenza di pazienti psichiatrici in cui è difficile garantire adeguata qualità di cure.
- Necessità di esplicitare obiettivi di salute ed interventi prioritari da compiere nell’ottica di tutelare la salute mentale nell’intero ciclo di vita, con particolare attenzione alle patologie mentali gravi ed ai disturbi psicopatologici insorgenti in età evolutiva.
- Necessità di messa a punto delle metodologie di lavoro di gruppo nell’ambito di modelli di collaborazione multiprofessionale.
- Necessità di attuare iniziative formative e di aggiornamento del personale sistematiche e mirate che rendano disponibili all’utenza approcci e trattamenti specifici ai migliori standard qualitativi e basati, ove possibile, su prove di efficacia.
- Necessità di sviluppare linee guida relative a “buone pratiche” in particolare per procedure complesse che richiedano la partecipazione di diversi professionisti e di diversi servizi.
- Necessità di attuare valutazioni sistematiche in ordine all’efficienza e all’efficacia dei servizi ed al monitoraggio della spesa.
- Necessità di previsione e corretta gestione dei bisogni di residenzialità psichiatrica per media e lunga degenza ed evitamento del rischio di forme di “nuova istituzionalizzazione”.
- Necessità connesse con la carenza di risorse umane e strumentali registrabile in modo diversificato nei diversi servizi dei DSM umbri.

- Necessità, al fine di garantire la qualità delle risposte assistenziali in regime domiciliare e nelle strutture intermedie, di definire modelli di collaborazione e di rapporti pubblico-privato con i nuovi soggetti erogatori, nell'ambito delle procedure di accreditamento.
- Necessità di sviluppare una piena integrazione del sistema di servizi di salute mentale con i servizi sociali e sanitari distrettuali ed ospedalieri.
- Necessità di sviluppare il ruolo strategico degli enti locali (Comuni) nel contribuire alla definizione e realizzazione di politiche di salute mentale innovative ed intersettoriali.
- Necessità di sviluppare strategie formative ed operative connesse con le trasformazioni della vita comunitaria connesse al fenomeno della globalizzazione e delle dinamiche socio-culturali legate ai flussi migratori.

### **A.3) Stato dell'arte a livello normativo ed istituzionale regionale**

La Regione dell'Umbria con Delibera del Consiglio Regionale n.372 del 7/7/97 ha approvato il "Piano regionale di riorganizzazione dei servizi e della tutela della salute mentale". Le azioni in esso contenute sono sinteticamente riassumibili come di seguito:

- definitivo superamento dell'ex Ospedale Psichiatrico di Perugia e della sezione di Spoleto;
- riorganizzazione dipartimentale dei servizi di salute mentale;
- riorganizzazione della rete delle strutture residenziali e semiresidenziali dei DSM;
- attivazione del sistema informativo psichiatrico.

In ordine alle strategie sopra richiamate, quel piano regionale ha avuto, ad oggi, la seguente attuazione:

- È stata realizzata la definitiva destrutturazione dell'ex O.P. con la realizzazione di una Residenza Protetta per n.59 ex degenti, compresa nell'area delle strutture per anziani e disabili, e di due nuove comunità terapeutiche, comprese nell'area della residenzialità psichiatrica, per n.20 ex degenti, nel territorio di competenza della Azienda USL n.2; con la realizzazione di una RSA per n.15 ex degenti nel territorio di competenza della Azienda USL n. 3.
- Sono stati istituiti 4 Dipartimenti di Salute Mentale, coincidenti con il nuovo assetto territoriale delle ASL della regione Umbria. La soluzione organizzativa costituita dal Dipartimento di Salute Mentale, pur essendo caratterizzata da peculiarità nella sua attuazione nell'ambito delle diverse Aziende Sanitarie umbre, grazie anche alla chiara individuazione della tipologia delle diverse componenti organizzative e delle loro funzioni, consente e garantisce la presa in carico dei pazienti e la continuità, unitarietà ed integrazione degli interventi terapeutico-riabilitativi.
- E' stata avviata la riorganizzazione delle strutture residenziali e semiresidenziali con la regolamentazione autorizzativa delle preesistenti e delle nuove strutture sulla base dell'adeguamento delle stesse ai requisiti strutturali ed organizzativi di cui al DPR14.1.97. Tale riorganizzazione vede la partecipazione del privato sociale e delle associazioni non-profit sia attraverso la cogestione delle strutture con i servizi sanitari, che attraverso la gestione diretta.
- E' stata avviata l'attivazione del Sistema Informativo regionale per la salute mentale attraverso la predisposizione, condivisione e sperimentazione degli strumenti di rilevazione, mentre deve essere messa a punto l'informatizzazione dello stesso.

### **A.4) Aree critiche sul piano organizzativo ed istituzionale**

L'area della salute mentale nell'ultimo anno è stata attraversata da momenti di forte incertezza e turbolenza organizzativa connessi con la ridefinizione del ruolo, delle funzioni, del grado di

autonomia finanziaria attribuiti ai DSM, in quanto dipartimenti territoriali, nell'ambito dell'assetto delle Aziende Sanitarie territoriali alla luce della Legge Regionale del 20/1/98 n.3, relativa all'ordinamento sanitario regionale, e del Piano Sanitario Regionale 1999-2001. Il Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale 1998-2000" e la legge di riforma-ter non contribuiscono ancora, per altro, a disegnare con sufficiente chiarezza il grado di strutturazione, autonomia ed articolazione dei DSM rispetto all'organizzazione dei Distretti.

Tale incertezza corrisponde alla necessità (e difficoltà) di garantire la unitarietà, integrazione e continuità degli interventi assistenziali psichiatrici e la permanenza di un punto di vista privilegiato per la definizione delle politiche aziendali per la tutela della salute mentale, da un lato e, dall'altro, la maggiore integrazione dei servizi per la tutela della salute mentale nell'ambito del sistema dei servizi sanitari e sociali territoriali ad afferenza distrettuale. La fase attuale è contrassegnata dalla necessità di armonizzare sul piano delle soluzioni organizzative le esigenze sopra citate.

***Appare infatti necessario non segnare una battuta d'arresto nel processo sancito dalla DCR n.372 del 7/7/97 in particolare in ordine alla garanzia dei risultati di continuità terapeutico-assistenziale ed equità, uso razionale delle risorse comuni a più servizi dei DSM, elaborazione delle politiche aziendali di salute mentale. Al contempo andranno garantite tutte le integrazioni necessarie al livello distrettuale, così come di seguito delineato al paragrafo Assetti organizzativi generali.***

#### **A.5) Risorse**

Un importante contributo alla risoluzione positiva delle incertezze della fase è dato dalla possibilità di realizzare gli investimenti e le acquisizioni di risorse previsti nel quadro dei "Progetti regionali relativi al finanziamento degli obiettivi a carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma della L.662/97" secondo quanto previsto nella DGR n. 640 del 5/5/1999.

### **B) PROBLEMI DI SALUTE**

I problemi di salute emergenti possono essere ricondotti a tre aree principali:

1. Patologie mentali gravi, e condizioni contrassegnate oltre che da diagnosi dell'area psicotica e dei disturbi di personalità anche da comorbidità organica, dipendenza da sostanze, appartenenza a nuclei familiari multiproblematici. Tali condizioni vanno a configurare un alto rischio di cronicizzazione e di emarginazione sociale, oltre che livelli di disabilità tali da compromettere l'autonomia e l'esercizio dei diritti di cittadinanza, e bisogni conseguenti di lungo assistenza in ambiti residenziali ad alta protezione, con rilevata tendenza all'incremento dei casi difficili da trattare anche in tali contesti.
2. Situazioni di rischio e danno psicopatologico in età evolutiva che richiedono in termini generali di svolgere una effettiva azione di prevenzione mediante l'individuazione dei fattori di rischio e la valorizzazione dei fattori di protezione per la salute mentale dei soggetti in età evolutiva anche attraverso una stretta interazione con pediatri di libera scelta, istituzioni scolastiche, servizi di riabilitazione per l'età evolutiva, servizi sociali, oltre che di ridurre la prevalenza e la gravità clinica delle situazioni psicopatologiche attraverso interventi terapeutici specifici in particolare di tipo psicoterapico.
3. Area dei disturbi affettivi comuni e delle patologie di confine (demenze ed handicap). Si tratta di condizioni che interessano utenti che non afferiscono ai servizi di salute mentale, che vengono conosciuti e trattati dal medico di medicina generale. La prevalenza, cronicità e disagio comunque connesso con i disturbi mentali minori o di moderata gravità (es. disturbi

depressivi) è tale che se essi non venissero adeguatamente gestiti a livello di servizi di base rischierebbero di impegnare significativamente le risorse dei servizi di secondo livello.

## C) OBIETTIVI

1. Ridefinire criteri e procedure per la accoglienza ed individuazione, terapia e riabilitazione delle Patologie mentali gravi, così come definite nel precedente paragrafo. Tali obiettivi sono correlati con la ottimizzazione delle procedure di presa in carico e trattamento precoce di tali disturbi, oltre che con il miglioramento del collegamento tra servizi invianti e strutture intermedie e del funzionamento delle équipes multiprofessionali, con la elaborazione e diffusione di linee guida per la promozione di pratiche “evidence-based”. La loro quantificazione è subordinata alla definizione, entro il 2001 delle relative baselines.
2. Riorganizzazione delle risposte ai bisogni connessi con il rischio ed il danno psicopatologico in età evolutiva ed organizzazione della collaborazione con gli altri servizi sociali e sanitari ad essa dedicati.

Le prestazioni da garantire in questo ambito vanno programmate in una logica di integrazione (tra sociale e sanitario, tra salute mentale e servizi di riabilitazione per l'età evolutiva, in collaborazione con le istituzioni scolastiche e con la famiglia). Resta la necessità di alimentare e potenziare le competenze professionali che sono alla base di risposte specifiche alla sofferenza psichica in età evolutiva.

3. Ridefinizione della integrazione con la rete sanitaria primaria e con gli altri servizi specialistici per la cura di patologie di confine (es. demenze, handicap, dipendenze da abuso di sostanze legali ed illegali) e dei disturbi affettivi comuni.

## D) ASSETTI ORGANIZZATIVI GENERALI

Quanto precedentemente enunciato prefigura necessità di aggiornamento e ridefinizione dei processi organizzativi che garantiscano le integrazioni funzionali necessarie al conseguimento degli obiettivi di salute. In particolare andranno garantiti i seguenti livelli di integrazione:

- Integrazione a livello del distretto per quanto attiene programmi e protocolli operativi con MMG e Pediatri nel territorio di competenza e con i servizi afferenti al Dipartimento Materno Infantile, come i servizi di riabilitazione per l'età evolutiva, con il servizio sociale, e con i servizi handicap per adulti, con il Dipartimento per le dipendenze.

Per quanto riguarda l'obiettivo di salute di cui al punto 2 vanno attivate integrazioni funzionali con i MMG e Pediatri, con i servizi afferenti al Dipartimento Materno Infantile, con il servizio sociale al fine di garantire la messa a regime di processi organizzativi e procedure finalizzati a:

- facilitare l'accesso agevole degli utenti al percorso di cura, favorendo l'avvio al servizio più competente per il caso;
- strutturare protocolli per realizzare precoci e corrette valutazioni multidisciplinari e collaborazioni stabili tra servizi per la gestione di casi con bisogni complessi;
- strutturare, in particolare per la riabilitazione psico-sensorio-motoria, protocolli per la valutazione integrata e criteri per la presa in carico;

- individuare e collaborare con ambiti che consentano la riabilitazione psicosociale di minori con gravi difficoltà di sviluppo (scuola materna, scuola dell'obbligo, laboratori, centri di animazione);
- fornire consulenza e collaborazione a strutture intermedie che accolgono minori.

Per quanto riguarda l'obiettivo di salute di cui al punto 3, trattandosi prevalentemente di azioni da svolgere ridefinendo modalità di consulenza e coordinamento e pertanto, in questa fase, di ridefinizione di processi organizzativi, questi ultimi possono essere, nel triennio, così finalizzati:

- miglioramento della razionalità di trattamento farmacologico e definizione della soglia di invio ai servizi specialistici, mediante la attivazione di procedure di collaborazione e consulenza stabili e continuative con i medici di medicina generale. E' essenziale pertanto assicurare formazione permanente al livello primario per la gestione di tali disturbi, garantire ai professionisti collegamenti stabili con i servizi specialistici per avere regolare supporto ed agevole possibilità di invio dei casi più gravi;
- Sviluppo di collegamenti efficaci anche relativamente alle patologie mentali gravi per assicurare l'invio precoce ai servizi specialistici, oltre che la condivisione delle informazioni e la collaborazione per la gestione della comorbidità.

- Presenza nel Comitato di dipartimento dei DSM di MMG e Pediatri di libera scelta.
- Integrazione tra dipartimenti, in particolare con il DMI ed il Settore Sociale per la definizione delle politiche aziendali di integrazione delle tematiche ad essi pertinenti.
- Integrazione operativa sui singoli casi tra i CSM e gli altri servizi distrettuali oltre che con i MMG ed i pediatri. In particolare con questi ultimi (MMG e Pediatri) andranno definite occasioni formalizzate e stabili per la collaborazione (es. Conferenze periodiche, gruppi con incontri a cadenze regolari, reperibilità ad hoc degli operatori della salute mentale, filo diretto telefonico, ecc. onde garantire la necessaria consulenza e collaborazione).
- Ridefinizione dei rapporti con le Aziende Ospedaliere. In particolare:
  - revisione delle convenzioni con le Aziende Ospedaliere di Perugia e Terni per quanto attiene i SPDC. Tali convenzioni debbono contenere le indicazioni relative alle collocazioni logistiche più adeguate nell'ambito delle aziende stesse, alla quantità e qualità degli spazi messi a disposizione, alla fruizione dei servizi generali ospedalieri, alla reciprocità nella effettuazione degli interventi consulenziali;
  - definizione dei protocolli e standard operativi per gli interventi di urgenza, compresa la gestione della crisi ed il collegamento con la rete 118 e per la gestione delle consulenze specialistiche e della comorbidità.

Costituisce obiettivo nel corso del primo anno la definizione e messa a regime dei protocolli operativi per gli interventi di urgenza e di collaborazione con il 118.

Costituiscono obiettivi nel triennio il completamento della rete dei SPDC come da DCR n.372 del 7/7/97, la revisione delle convenzioni con le Aziende Ospedaliere relative a tali servizi, così come sopra specificato, nonché la previsione dell'attività di SPDC all'interno del Nuovo ospedale di S.Andrea delle Fratte e la relativa integrazione nel progetto edilizio.

- Definizione dei protocolli operativi per interventi integrati in età evolutiva, handicap adulti, pazienti anziani, demenze (percorso-utente, titolarità presa in carico, modalità di collaborazione, verifiche).
- Definizione di protocolli operativi, per quanto attiene all'assistenza psichiatrica, connessi con il passaggio della medicina penitenziaria nell'ambito del SSN.
- Ridefinizione dei livelli di integrazione sociosanitaria ed azioni di depsiichiatriizzazione dei bisogni di pazienti psichiatrici.

Per garantire l'unitarietà degli interventi, al di là delle scelte gestionali effettuate dai Comuni, è necessario che nelle aree di attività di cui all'art. 31, comma 1 della legge 3/97, tra cui è compresa l'area "recupero psicofisico e risocializzazione dei malati mentali", l'integrazione tra sociale e sanitario sia perseguita su progetti assunti all'interno di intese programmatiche fra il Comune, o i Comuni in forma convenzionata, e l'Azienda Sanitaria.

Ciò assume particolare rilevanza per quanto attiene a:

- garanzia di sviluppo da parte degli enti locali di interventi di prevenzione primaria nell'ambito della programmazione locale e regionale e della verifica dei risultati delle aziende sanitarie nel campo della tutela della salute mentale;
- ambito della residenzialità di tipo risocializzante per adulti, pazienti o ex pazienti psichiatrici, attraverso la destinazione di quote di alloggi di edilizia residenziale pubblica e per utenti in età evolutiva che necessitino di accoglienza in strutture socioassistenziali;
- potenziamento degli inserimenti lavorativi, favorendo la collaborazione con diversi soggetti (servizio sociale del Comune, servizio sociale della USL, privato sociale, privato imprenditoriale) e la istituzione di servizi di accompagnamento al lavoro (SAL) intesi come servizi di promozione sociale per soggetti svantaggiati, finalizzati all'occupabilità, attraverso l'individuazione di strategie e misure di sostegno e di collocamento mirato. Essi operano una funzione di mediazione tra l'ambito socio-sanitario della riabilitazione e della risocializzazione e l'ambito economico-produttivo, attraverso azioni di accompagnamento diretto e stabilendo rapporti con le strutture deputate alle politiche attive del lavoro (come da Bozza del Piano Sociale Regionale).

In merito all'utilizzo del Fondo Sociale regionale si rimanda ai criteri di ripartizione individuati nella Bozza del Piano Sociale regionale.

Costituiscono obiettivi nel triennio:

- Incremento delle opportunità di inserimento lavorativo di utenti affetti da patologie mentali gravi in carico ai CSM e miglioramento della appropriatezza di tali interventi.
- Miglioramento nella definizione dei rapporti con i Comuni relativamente al supporto sociale, economico e di soluzioni abitative per utenti dei CSM.
- Formulazione di Patti territoriali per la salute mentale tra molteplici soggetti (sanitari e sociali, pubblici e privati, istituzioni ed enti locali) volti alla valorizzazione delle risorse umane e materiali del territorio.

## **E) SISTEMI OPERATIVI TECNICO SPECIFICI**

Lo sviluppo di linee guida di buona pratica è in relazione alla garanzia di qualità dei processi di cura sia della medicina di base che dei servizi specialistici.

Le linee guida dovranno essere sviluppate in collaborazione tra i vari profili professionali e centrate sugli elementi multiassiali del processo di cura, prevedendo nel panel degli esperti anche la presenza di epidemiologi, medici di sanità pubblica e economisti sanitari.

## **F) SISTEMI OPERATIVI PER L'APPROPRIATEZZA GESTIONALE**

### **F.1) Attribuzione e gestione delle risorse**

Il presente atto di indirizzo fa proprie le indicazioni tecniche, gli obiettivi e le attribuzioni contenute nella DGR 640 del 5/5/1999 "Finanziamento di progetti regionali per il perseguimento di obiettivi prioritari inseriti nel PSN 1998/2000" approvazione progetti", fatta salva la consistenza delle

somme disponibili che verrà determinata di anno in anno con DGR e che per il 1999 ammontano a £ 4.007 milioni, così come previsto dalla Legge 662/97”.

I finanziamenti verranno attribuiti tramite Assegnazione Regionale con destinazione vincolata alle Aziende USL delle quote calcolate sui progetti attuativi e verifica dell'attuazione. Verranno predisposti dispositivi di recupero delle somme non spese.

## **F.2) Sistemi di contabilità**

Le aziende sanitarie e l'Assessorato avvalendosi dei sistemi di contabilità economico - patrimoniale e analitica determinano i costi attribuibili ai servizi chiamati a realizzare il presente atto di indirizzo in modo da poter effettuare analisi costi - efficacia e costi efficienza e comparazioni tra servizi regionali e/o di altre regioni.

## **F.3) Valutazioni di processo e di esito**

Quanto stabilito dal presente atto di indirizzo dovrà trovare soluzioni attuative da parte delle aziende sanitarie umbre

Per la valutazione di processo e di risultato, verificabile attraverso il riscontro del raggiungimento degli obiettivi annuali, sarà costituito a livello regionale un apposito gruppo di lavoro con la presenza di delegati delle direzioni aziendali.

Sarà inoltre attivato un tavolo di consultazione a cadenza almeno annuale con le organizzazioni degli utenti per la verifica delle accessibilità dei servizi e della percorribilità delle soluzioni assistenziali qui proposte.

## **F.4) Accreditemento strutturale e professionale e formazione continua**

In base alla normativa nazionale, i centri umbri dovranno essere accreditati nei tempi indicati e secondo le modalità previste.

Tutti servizi dovranno rispondere a precisi requisiti di attività e attivare processi di formazione ed aggiornamento del personale che garantiscano l'accreditemento professionale e conseguentemente, qualità e appropriatezza dei sistemi operativi tecnico-specifici..

Nella definizione di quanto previsto in materia di accreditamento strutturale e professionale, la Regione si avvarrà del gruppo di lavoro previsto nel paragrafo F.3.

## **F.5) Supporti conoscitivi: epidemiologia, sistema informativo, ricerca**

F.5.1) La redazione del presente atto, risente negativamente della scarsa definizione della situazione epidemiologica in Umbria per quanto riguarda la salute mentale. Si tratta di una carenza che va superata nell'arco di vigenza del piano, attraverso un ampio e partecipato processo di individuazione dei fenomeni da osservare e degli indicatori più opportuni ed attendibili.

F.5.2) Impostare un corretto sistema di rilevazione, sorveglianza e valutazione che, rapidamente superi l'assenza di una raccolta sistematica e continuativa di dati relativi all'utenza ed agli esiti degli interventi realizzati, oltre che relativi agli interventi stessi, costituisce quindi un importante obiettivo del triennio.

La messa a regime del Sistema Informativo regionale per la salute mentale come da Delibera n.2327 del 13/5/98, avrà la finalità di produrre, in particolare, informazioni relative alle caratteristiche diagnostiche, di disabilità, di comorbidità, di variabili extracliniche, di esito dell'utenza che afferisce ai servizi di salute mentale, oltre che ai patterns operativi di questi ultimi, e di definire baselines relative agli indicatori di risultato sopra enunciati.

E' necessario che il S.I. assicuri, a livello regionale il monitoraggio dei seguenti indicatori:

- prevalenza ed incidenza di malattie mentali per sesso e gruppi di età
- prevalenza ed incidenza di suicidio, atti violenti, uso concomitante di alcool e droghe tra i pazienti psichiatrici
- prevalenza di disturbi psichici a livello di medicina di base



- numero e durata di episodi di ospedalizzazione
- fattori di rischio correlati con genere, età, gruppi etnici, povertà, immigrazione
- analisi dei costi dei sistemi di cura e delle loro componenti a livello dei servizi la possibilità di ritorno in tempo reale dei propri dati di utenza e di attività, agli utenti la necessaria confidenzialità.

F.5.3) La ricerca finalizzata regionale individua per il 2000 come tema di ricerca l'analisi epidemiologica dello stato di salute mentale in Umbria, mentre nel 2001 il tema verterà sulla valutazione di qualità dei DSM.

## **G) MANUTENZIONE DEI CLIMI ORGANIZZATIVI E GESTIONE DEI RUOLI ESTERNI**

Per garantire risultati in termini di efficacia e di qualità delle prestazioni, i singoli professionisti si devono sentire coinvolti a pieno titolo nella organizzazione del lavoro, responsabili delle proprie azioni e motivati nel perseguimento di obiettivi di qualità da raggiungere, non in termini individualistici, ma con un forte senso di lavoro di gruppo, di integrazione e di partecipazione alle scelte programmatiche.

### **G.1) Clima interno**

E' importante prevedere

- possibilità di scambi di opinioni con tutti i professionisti, gli operatori sanitari e amministrativi coinvolti nei vari processi di assistenza o di organizzazione dei servizi e attività;
- che le rappresentanze delle professionalità partecipino ai momenti formali consultivi e decisionali (Consigli di Dipartimento, riunioni di servizio, conferenze dei servizi ecc.);
- sistemi premianti che motivino gli operatori;
- informazioni e corsi di formazione rivolti agli operatori al fine di sviluppare capacità relazionali e di interazione culturale con gli altri professionisti.

### **G.2) Ruoli esterni**

*Le relazioni con i soggetti esterni al SSN dovranno essere regolate da opportuni protocolli e/o convenzioni, in cui siano definite le loro modalità di coinvolgimento e/o partecipazione.*

## **H) CALENDARIO DEGLI IMPEGNI PER IL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PIANO**

1) Entro il primo anno:

- messa in opera delle integrazioni funzionali, definizione dei piani di lavoro e dei protocolli operativi.

2) Entro il secondo anno:

- messa in opera delle azioni programmate nell'ambito di ciascuna Azienda Sanitaria ed avvio delle procedure di accreditamento.

3) Entro il terzo anno:

- valutazione di qualità dei servizi di salute mentale.

## 5.2.7 RIDUZIONE DEL DANNO DA DIPENDENZE

### A) CORNICE

**A.1)** Dalla seconda Conferenza nazionale sulle droghe (Napoli, 1997) era già emersa l'esigenza unanime di una profonda revisione dell'assetto organizzativo e degli indirizzi dell'intero settore delle tossicodipendenze per almeno i seguenti quattro motivi:

- evidenziazione delle profonde modifiche intervenute nella diffusione delle sostanze, nelle manifestazioni della tossicodipendenza e nei nuovi programmi ed indirizzi di intervento rispetto all'emanazione del DPR 309/90 e del DM 444/90;
- sostanziali variazioni del quadro legislativo e dell'assetto normativo ed organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale, successive al DPR 309/90 e a partire dalla L.502/92;
- definizione ed impostazione di un nuovo rapporto tra i diversi soggetti, pubblici e privati e del volontariato che operano nell'area delle dipendenze;
- necessità di individuare e rimuovere le cause che hanno reso largamente inapplicato il DM 444/90.

**A.2)** L'Accordo Stato-regioni per la **“riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti”** (provvedimento del 21/1/99, G.U. 15/3/99 n. 61) avvia il processo di riorganizzazione complessivo nell'area della dipendenza con l'obiettivo generale della tutela della salute, psico-fisica-sociale, di tutte le persone con uso/abuso/dipendenza da sostanze illegali e legali, attraverso la programmazione, l'offerta e la valutazione di una gamma articolata ed integrata di interventi preventivi, terapeutici, di tutela della salute, di riabilitazione e di reinserimento sociale in merito ai problemi correlati all'uso/abuso/dipendenza sia da droghe illegali, sia da droghe legali. Tale processo, in accordo con le indicazioni del PSN 1998/2000 (obiettivo IV: Rafforzare la tutela dei soggetti deboli) e del PSR 1999/2001 e con gli attuali indirizzi nazionali di politica sanitaria e sociale in materia di dipendenze, presuppone un approccio globale e scientifico ai problemi di salute connessi all'uso/abuso/dipendenze da sostanze illegali (eroina, cannabinoidi, cocaina, ecstasy, ecc) e da sostanze legali (tabacco, alcool).

**A.3)** Nell'ambito dell'offerta di tutte le prestazioni terapeutiche ed assistenziali riconosciute valide al fine della tutela della salute della persona con problemi di abuso si colloca la **“riduzione del danno”** quale politica socio-sanitaria finalizzata a ridurre i danni e i rischi, individuali e collettivi, che l'uso di droghe e le situazioni di marginalità e di disagio ad esse correlate procurano in campo sanitario e sociale. Gli obiettivi e gli strumenti di tale politica socio-sanitaria derivano da un'analisi delle condizioni sociali-culturali-sanitarie in cui si colloca l'uso di sostanze stupefacenti:

- le droghe, pur in presenza di legislazioni che ne vietano la detenzione, la vendita, il consumo, vengono sempre più utilizzate;
- le condizioni di salute dei consumatori di droghe illegali, i comportamenti assunti ed i conseguenti rischi e danni, individuali e collettivi, derivano strettamente dalle condizioni di illegalità del mercato che condiziona il loro percorso esistenziale, sociale, sanitario, disciplinare, sanzionatorio, penale;
- la dipendenza può essere superata, più o meno rapidamente, attraverso un processo di maturazione personale, incentivato e sostenuto da norme giuridiche e da politiche sanitarie e sociali che mettano in condizione il tossicodipendente, che non è in grado di scegliere l'astinenza, di non morire;
- solo un numero irrilevante di tossicodipendenti accede ai servizi socio-sanitari: molti di loro sono refrattari ad ogni trattamento che ponga come condizione la disintossicazione e quindi vanno a costituire il “sommerso”, quantitativamente imponderabile;

- la ricerca della dose e del denaro necessario per il suo acquisto, in condizioni di mercato illegale, costringono i tossicodipendenti a comportamenti devianti (prostituzione, microcriminalità, spaccio, ecc.) che segnano il percorso esistenziale-sociale-penale alimentando così la progressiva emarginazione, solitudine, stili di vita irregolari e marginali che incidono direttamente sullo stato di salute e sulla qualità della vita.

Si tratta pertanto di operare per evitare o ridurre i danni correlati all'uso delle sostanze in condizioni di mercato illegale, quali:

- uso promiscuo di siringhe e conseguenti rischi di infezioni (HIV, epatiti, endocarditi, flebiti ecc);
- overdose dovuta all'instabilità e all'imprevedibilità dei dosaggi delle "droghe di strada";
- stile di vita irregolare e marginale, mancata integrazione sociale e precario stato di salute, comportamenti indotti dai costi delle "droghe di strada";
- stato di detenzione conseguente ai comportamenti illegali.

Obiettivo generale è la tutela della salute globalmente intesa attraverso la definizione di obiettivi specifici che vanno dalla induzione di uno stile di vita meno rischioso, al raggiungimento di un equilibrio personale accettabile, alla soluzione della dipendenza.

Conseguenti gli strumenti, ossia la messa a punto di una gamma articolata di programmi a "bassa soglia" che non selezionano l'utenza in base ad una condizione di "drug-free", bensì adeguano l'offerta in base ai bisogni, ai percorsi ed alle risorse delle persone: unità di strada, programmi di mantenimento con farmaci sostitutivi, come il metadone, integrati da supporto psico-sociale, strutture intermedie a "bassa soglia" residenziali e/o semiresidenziali, attivazione delle risorse e delle abilità dei consumatori.

L'approccio legato alla riduzione del danno è basato su evidenze di efficacia. Nella consolidata esperienza nordeuropea, nella relativa letteratura scientifica, nella documentazione in materia di studi di efficacia degli strumenti operativi si evidenzia come in tali paesi, a differenza dei paesi del Sud Europa, si è registrato nel tempo una bassa incidenza delle infezioni trasmesse per pratiche iniettive non sterili e un positivo rapporto costo-beneficio in termini di miglioramento sia della qualità di vita dei tossicodipendenti, sia a favore dell'intera comunità (riduzione della criminalità, riduzione e contenimento della tensione sociale tra gruppi marginali, riduzione dei costi di ospedalizzazione e/o trattamento ecc). Recenti studi, presentati alla "X Conferenza internazionale sulla riduzione dei danni correlati all'uso di droghe" (Ginevra, marzo 1999), hanno evidenziato una significativa riduzione dei decessi da overdose a seguito di interventi coordinati e strutturati di riduzione del danno. L'ampia bibliografia in merito ai risultati sui trattamenti con metadone in termini di modifica dei comportamenti a rischio e di stabilizzazione della situazione di dipendenza, evidenzia che per tali finalità, pur nella possibilità di utilizzo del farmaco agonista all'interno di diversi protocolli terapeutici, è necessaria l'offerta di protocolli di mantenimento a lungo termine.

Le strategie di "riduzione del danno" vanno ben oltre l'emergenza AIDS. Anche in Italia, nel corso degli anni, si è aperto un maggior consenso verso un approccio di Sanità pubblica attento alla centralità e alla "qualità della vita" delle persone con abuso di sostanze, nell'ottica di una lettura epistemologica complessiva del diritto alla salute e nell'offerta di un orizzonte terapeutico complessivo con prestazioni e risposte a "bassa soglia" che si affiancano in modo complementare ed integrato ai diversi e articolati percorsi di prevenzione, cura, riabilitazione, aumentando così le potenzialità di azione-offerta del sistema articolato dei servizi e delle risorse permanentemente garantiti alla popolazione tossicodipendente attiva.

**A.4)** Anche nella Regione Umbria, come nel territorio nazionale, si confermano le principali linee di tendenza relative all'uso/abuso/dipendenza di **droghe illegali**:

- Aumento dei processi di esclusione sociale con un "sommerso" caratterizzato principalmente da due differenti tipologie di consumatori prevalentemente maschili: una realtà definibile di "nuova povertà", costituita da soggetti tossicodipendenti da eroina per uso endovenoso e/o da uso associato di alcool, con alta età media, "stanziali", residenti nel territorio, con resistenze e

scarsa motivazione ad intraprendere nuovi percorsi “drug free” con precarie condizioni igienico-sanitarie e situazioni di salute problematiche, spesso senza fissa dimora e con situazioni familiari e relazionali in genere compromesse o assenti; una realtà definibile “emergente”, di età più giovane, in gran parte stranieri, che non ha mai fatto ricorso ai servizi, con uso frequente di eroina associata ad alcool e psicofarmaci, con comportamenti a rischio dipendenti da stili di vita irregolari e marginali e con ingresso precoce nella microcriminalità.

- Conferma di un trend di crescita delle utenze ai Ser.T (nel periodo gennaio-dicembre 1997 hanno usufruito dei servizi offerti dagli 11 Ser.T dell’Umbria 3.102 soggetti tossicodipendenti con un incremento del 7% rispetto al 96) con prevalente diffusione nella popolazione maschile (rapporto utenti maschi/utenti femmine é pari a 4,9; dato nazionale 5,9) e “progressivo invecchiamento” della popolazione afferente (l’80,6% è compresa nella fascia di età tra i 20 e i 34 anni)
- Aumento dell’accesso ai Ser.t di utenti extracomunitari con problemi di tossicodipendenza e condizioni di vita precarie e marginali.
- Anche se l’eroina rimane la principale sostanza d’abuso primaria (nel periodo gennaio-dicembre 1997, su 3.051 utenti afferenti agli 11 Ser.T dell’Umbria, ben 2.676, pari al 87,7% ne fa uso (dato nazionale: 86,7%) ai tradizionali problemi di salute si aggiungono quelli conseguenti alle nuove tipologie di droghe immesse sul mercato ed in particolare dell’ecstasy, alle nuove modalità di consumo, alla estrema variabilità di pattern d’uso e di durata di assunzione, alla tipologia di consumatori.
- Aumento del consumo di alcool sia come sostanza primaria d’abuso sia come come sostanza d’abuso secondaria e del fenomeno della politossicodipendenza, ossia delle tendenza diffusa all’abitudine di associare più sostanze o ad usare le sostanze d’abuso secondarie (alcool, psicofarmaci) nei periodi in cui non é possibile reperire l’eroina.
- Rilevante la presenza di tossicodipendenti nelle carceri (nella nostra Regione sono presenti 4 Istituti Penitenziari: al 28 febbraio 1999 risultano complessivamente presenti 878 detenuti, di cui 251 tossicodipendenti, pari circa al 29% della popolazione detenuta).

**A.5)** A fronte di queste principali linee di tendenza nella nostra regione, accanto alla ricchezza e alla molteplicità delle azioni messe in campo sia al livello istituzionale, sia dai servizi sanitari e sociali di area pubblica e privata, si evidenziano delle “principali criticità” che ostacolano la piena valorizzazione, la sistematicità delle esperienze e l’efficace impiego di tutte le risorse attive nel campo:

- I Ser.T, quale unità operativa istituzionalmente assegnata alla prima accoglienza, cura e riabilitazione nell’area delle dipendenze, hanno dovuto avviare, nel corso degli anni e in risposta alla diversificazione dei bisogni psico-fisico-sociali delle persone con uso/abuso/dipendenza da sostanze illegali, un processo di ristrutturazione e di riqualificazione in servizi complessi, in grado cioè di dare risposte “plurime e differenziate”, ampliando l’offerta delle prestazioni di base e specialistiche. Tale processo non é stato finora sostenuto e valorizzato da una adeguata dotazione sia di risorse strutturali sia di personale, sia di specifici e mirati processi formativi e di aggiornamento.
- Mancanza di una strategia comune di intervento complessivo e globale tra i Ser.T e i servizi appartenenti a tutte le strutture primarie della Azienda (distretti; reparti ospedalieri; servizi di salute mentale; servizi di emergenza; pronto soccorso, ecc.) e tutti gli altri soggetti ed enti pubblici e privati che, a vario titolo e con varia responsabilità, operano nel territorio, nell’ottica della integrazione all’interno del comparto sanitario e tra questo ed il comparto sociale.

- Carezza di una “prassi culturale ed operativa” centrata sull’attività di programmazione, esercitata in sinergia tra tutte le risorse, sanitarie e sociali, impegnate nel settore, quale processo puntuale, necessario ed indispensabile per operare scelte rispondenti alle reali esigenze del territorio, per l’esplicitazione degli obiettivi di salute, delle modalità per perseguirli, della verifica e della valutazione degli interventi e dei risultati raggiunti.
- Mancanza di un sistema informativo a “rete” con il sistema di raccolta dati e di monitoraggio delle diverse risorse impegnate nel settore che garantisca, in modo costante e puntuale, elementi conoscitivi complessivi necessari per le attività di programmazione regionale ed aziendale, per la verifica e valutazione delle azioni intraprese in risposta alla specificità territoriale e alle modifiche e cambiamenti del fenomeno.
- Ritardo nell’avvio di un processo di costruzione di una “rete operativa” tra i medici di medicina generale e le risorse già impegnate nel campo con costruzione di un modello di intervento e di formazione per tale figura professionale.
- Incompleta e carente assunzione stabile nella “rete delle risorse” degli strumenti operativi della politica di “riduzione del danno”. L’équipe di operatori di strada attualmente operanti in alcuni territori di competenza delle Aziende sanitarie (Azienda USL n. 1 - Città di Castello; Azienda USL n. 2 - Perugia; Azienda USL n. 3 - Foligno) e la costituzione di un Coordinamento regionale per la politica socio-sanitaria di riduzione del danno, quale ambito permanente di confronto e di proposizione di azioni tra tutti i soggetti impegnati nella promozione e realizzazione degli strumenti operativi di tale politica, rappresentano i principali risultati di una intensa attività di ricerca e di elaborazione scientifica realizzata anche nella nostra regione fin dal 1990.

Le unità di strada risentono ancora, nonostante la comprovata necessità di attuazione e la sperimentata fattibilità di realizzazione della mancata dotazione di tutti i presidi sanitari (siringhe sterili mono-uso; preservativi; macchinette scambia siringhe, narcan) che oltre a limitare la trasmissione delle infezioni, coadiuvano il lavoro di self-empowerment e di attivazione delle risorse personali per l’assunzione di comportamenti di tutela della propria ed altrui salute, della mancata implementazione degli altri strumenti operativi della politica socio-sanitaria di “riduzione del danno”, come delle “strutture intermedie a bassa soglia” e della carente definizione dell’interfaccia con il sistema dei servizi, in particolare con i Ser.T e con le altre risorse del territorio, anche attraverso la definizione comune di protocolli di intesa e/o linee di indirizzo atti ad ottimizzare i rapporti tra gli stessi.

**A.6)** Un approccio scientifico e pragmatico ai problemi di salute correlati all’uso/abuso/dipendenza da **droghe legali** è stato ultimamente proposto in Francia dalla Commissione interministeriale in vista del piano triennale di azione nel campo delle dipendenze. Il Piano introduce una nuova classificazione delle droghe in tre gruppi basata sulla loro pericolosità in termini di rischi e danni per la salute: il primo comprende eroina, oppiacei, cocaina e alcool; il secondo gli psicostimolanti, le benzodiazepine, il tabacco; gli allucinogeni; il terzo la cannabis. I danni da tabacco e da alcool, dal punto di vista epidemiologico superano di gran lunga quelli da cannabis.

A fronte della inequivocabile evidenza epidemiologica relativa ai danni, in termini di mortalità prematura e di riduzione della qualità della vita e degli altissimi costi sociali provocati dall’**abitudine fumatoria** - circa 70.000 decessi per patologie correlate al fumo; 90% delle morti per tumore polmonare, 80% delle morti per broncopneumopatie croniche e 20-40% dei casi di morti per malattie cardiovascolari, aumentato rischio di basso peso alla nascita, ecc- risultano ancora poche e disarticolate le azioni per far sì che le giovani generazioni non adottino tale comportamento dannoso per la salute e per aiutare gli adulti fumatori ad abbandonare la propria dipendenza da nicotina. L’ultima rilevazione effettuata dall’Istituto Nazionale di Statistica-indagine multiscope sulle famiglie e relativa al fine dell’anno 1995, evidenzia che, anche nella nostra regione, la percezione dell’entità dei rischi collegabili al fumo appare ancora inadeguata. I risultati di indagini

di prevalenza dell'abitudine al fumo nei giovani maschi all'età di 18 anni hanno evidenziato che nell'ultimo decennio la prevalenza di fumatori a 18 anni non è diminuita, né tantomeno la quantità media di sigarette fumate, non si è innalzata l'età modale di inizio all'abitudine e viene confermata l'associazione tra maggiore scolarità e minore abitudine fumatoria.

L'approccio di riduzione del danno **alcohol** correlato parte dal dato reale della diffusione del consumo di bevande alcoliche e della esposizione a diverse tipologie di rischio ad esso connesse. L'alcohol è tra le sostanze psicoattive quella più diffusa e meglio integrata nel contesto culturale e sociale. Contrariamente alle droghe illegali, raramente l'alcohol è vissuto come sostanza marginalizzante, a meno che non sia consumato in "eccesso". L'uso e a volte l'abuso rappresenta generalmente una pratica normale e socialmente condivisa. I dati sui consumi di alcohol in Umbria, desunti dalle indagini multiscopo sulle famiglie dell'ISTAT condotte nel 1993-1994 e le relative stime per le attuali USL umbre ed i dati sulla quantità di alcohol consumate dai giovani maschi di 18 della USL di Perugia risultanti da un'indagine condotta ad hoc dallo staff SEVQ USL n.2, evidenziano una maggiore percentuale, rispetto al territorio nazionale, di bevitori di vino, una maggiore percentuale di bevitori di più di 1/2 litro, un aumento della frequenza di consumatori di birra ed una percentuale lievemente superiore per i forti bevitori (più di mezzo litro al giorno).

Rispetto ai processi di cambiamento culturale che caratterizzano oggi il rapporto tra i giovani e l'uso di alcohol, da molte indagini emerge:

- scarsa percezione del rischio e conoscenze generiche sui rischi e danni;
- età più a rischio sembra essere tra i 17 e 25 anni, età in cui si assiste ad un aumento del consumo e dei primi episodi di "abuso", correlati tragicamente alla mortalità per incidenti stradali;
- significativa influenza della famiglia sia in termini di rapporti educativi-relazionali sia in termini di atteggiamento dei genitori nei confronti del bere e dei coetanei come pressione del gruppo rispetto all'adozione di comportamenti "socialmente condivisi";
- diversificazione dell'uso e abuso in momenti specifici della giornata;
- fattori di benessere/integrazione che contribuiscono alla scelta consapevole di comportamenti favorevoli alla salute;
- uso ad "effetto" dell'alcohol come sostanza sostitutiva di altre considerate più pericolose perché illegali.

## **B) PROBLEMI DI SALUTE**

### **B.1) Droghe illegali**

*B.1.1)* Alta morbosità e mortalità da droghe illegali: i comportamenti associati all'uso endovenoso di sostanze stupefacenti, assunte in un contesto illegale, determinano un eccesso di morbosità e mortalità attribuibile a diverse cause. Le malattie infettive, infezione da HIV ed epatiti, per uso promiscuo di materiali iniettabili non sterili e per rapporti sessuali non protetti rappresentano il capitolo più importante nell'ambito delle patologie correlate alla tossicodipendenza. Rispetto all'infezione da HIV, si continua a registrare una progressiva riduzione delle sier conversionsi (si è passati da una percentuale complessiva del 30,6% del 1991, al 12,9% nel 1993, all'attuale 9,6% nel 1997 - dato nazionale: 16,7%) con proporzione di soggetti infetti più bassa nei "nuovi utenti" di sesso maschile, con riduzione di incidenza nei maschi e giovani di entrambi i sessi e aumento di incidenza e prevalenza fra le donne tossicodipendenti per maggior rischio di trasmissione attraverso rapporti sessuali non protetti. Se la trasmissione parenterale appare essere sotto controllo (per effetto negli ultimi dieci anni delle azioni di informazioni-educazione, counselling, unità di strada, ecc) non altrettanto rassicurante è la persistenza di pratiche sessuali non protette, peraltro comuni alla popolazione generale.

Rispetto alle epatiti da virus B e C, che riconoscono nei tossicodipendenti il principale serbatoio di infezione, mentre negli anni si è registrata una progressiva riduzione delle sier conversionsi per

virus da epatite B (nel 1997 su 1.347 utenti dei Ser.T sottoposti all'esame sono risultati positivi 366 soggetti, pari al 27,2% del totale) rispetto invece all'epatite C, sia a livello regionale che nazionale, si registra un aumento delle sieroconversioni: nel 1997: su 1.564 accertamenti sierologici eseguiti, la percentuale di esami positivi è stata del 77,6% (dato nazionale: 67,1%). Questo dato rileva le difficoltà di comportamenti preventivi ed evidenzia le problematiche correlate alla gestione e trattamento dei pazienti.

*B.1.2) Alta mortalità da overdose: le overdoses da oppiacei, per l'instabilità e l'imprevedibilità dei dosaggi delle "droghe di strada" e/o per uso contemporaneo di sostanze in grado di deprimere i centri del respiro (alcool, psicofarmaci, ecc) rappresentano una delle principali cause di morte nei tossicodipendenti. Nella nostra Regione il confronto tra i decessi avvenuti dal 1992 al 1996 rilevano un incremento: le morti per overdose sono state 5 nel 1992, 6 nel 1993, 11 nel 1994, 20 nel 1995, 22 nel 1996. Nel 1997 i dati forniti dalla Direzione Centrale per i Servizi antidroga indicano il decesso di 14 persone (dato nazionale: 1.160) per cause direttamente riconducibili all'uso di droghe, nel 1998 risultano 11 decessi (dato nazionale: 1037) (sfuggono quei casi in cui la droga rappresenta una concausa indiretta di morte).*

Nella letteratura scientifica sono evidenziate situazioni maggiormente a rischio in cui la tolleranza agli oppiacei viene a ridursi: recente interruzione di un programma comunitario con rischio elevato per coloro che hanno interrotto il programma entro 6 mesi, recente scarcerazione, rapporto continuativo con il Ser.T inferiore ad un anno. Nella nostra Regione, a differenza di altre realtà nazionali, non sono state avviate attività di monitoraggio epidemiologico indispensabili per la conoscenza dell'entità e delle caratteristiche di tale problema di salute, delle sue variazioni temporali quali/quantitative, delle eventuali condizioni di rischio (età, poliassunzione, caratteristiche demografiche, livello di integrazione sociale, qualità e frequenza del rapporto con i servizi, durata dei programmi terapeutici, durata della permanenza in Comunità terapeutiche, carcerazione, ecc).

*B.1.3) Esclusione sociale: rispetto al "sommerso", ossia a quella quota di persone che fa uso di sostanze stupefacenti ma non afferrisce ai servizi sanitari, si evidenziano come principali problemi di salute:*

- rischio di overdose strettamente correlato alle fluttuazioni periodiche quali-quantitative dell'offerta nel mercato illegale di eroina;
- conseguenza di queste fluttuazioni è l'assunzione di altre sostanze come psicofarmaci (soprattutto Darkene e Roipnol) reperibili o al "mercato nero" o su prescrizione medica, sostanze assunte spesso in associazione con dosi massicce di alcool;
- resistenze all'adozione di rapporti sessuali protetti in entrambi i sessi e difficoltà nell'acquisizione "duratura e consapevole" di pratiche iniettive sterili, sia per le precarie condizioni igienico-sanitarie dipendenti da stili di vita irregolari e marginali, sia per le difficoltà a reperire, dopo l'acquisto della sostanza, le siringhe sterili;
- cambiamenti repentini dei "clan degli spacciatori" con episodi di aggressione e di violenza per la "spartizione del mercato";
- consumo di sostanze in luoghi appartati per evitare i fermi, gli arresti, le azioni repressive di controllo, luoghi difficilmente raggiungibili in caso di intossicazioni acute;
- comportamenti illegali che accentuano le condizioni di marginalità e di esclusione sociale.

*B.1.4) Rispetto alla popolazione tossicodipendente detenuta, la condizione di **carcerazione** rappresenta generalmente un "buco nero" nel percorso terapeutico, un contesto in cui difficilmente la persona, portatrice di bisogni complessi, trova una reale "relazione di aiuto". Oltre alla difficoltà di reperire presidi sanitari (siringhe, preservativi) che riducono il rischio di contrarre e trasmettere infezioni, non sempre viene garantita la continuità terapeutica e gli interventi di carattere sanitario, sociale, educativo sono spesso carenti e discontinui, dipendenti da grosse variabili istituzionali sia*

interne, sia esterne all'Amministrazione penitenziaria. Gli interventi del volontariato sociale, pur se di buona qualità non sempre sono erogati in modo continuativo e costante e quindi in grado di superare la soglia minima di radicamento. A queste "storiche carenze" si aggiungono le nuove e specifiche problematiche correlate all'aumento delle persone detenute straniere tossicodipendenti. L'OMS con l'emanazione delle direttive note come "Principio di equivalenza delle cure" sancisce come inderogabile la necessità di garantire al detenuto le stesse prestazioni mediche e psico-sociali assicurare a tutti i membri della comunità, diritto tra l'altro previsto dall'art. 32 della nostra Costituzione. Il recente Decreto legislativo del 22 giugno 1999, n. 230 (G.U. n. 165 del 16/7/1999) in merito al " Riordino della medicina penitenziaria", nell'art. 1 ribadisce che "... i detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel PSN, nei PSR e in quelli locali". Con il decreto, dal 1° gennaio del 2000, le funzioni sanitarie di prevenzione e assistenza per i detenuti tossicodipendenti passeranno al SSN. Spetteranno alle Regioni le competenze in materia di organizzazione, programmazione e controllo, mentre alle Aziende USL quelle relative alla gestione dei servizi sanitari negli istituti penitenziari.

*B.1.5) Comorbilità psichiatrica:* anche in Umbria si registra da parte dei Ser.T un consistente aumento delle patologie psichiatriche associate e/o preesistenti alla condizione di tossicodipendenza. Un recente Simposio su "Comorbidity across the addiction" (Newcastle upon Tyne, settembre 1998) ha evidenziato la necessità di incentivare l'interesse e la ricerca europea sui problemi delle comorbilità tra disturbi psichiatrici e dipendenza da sostanze psicoattive, che si manifestano generalmente o perché ad un disturbo psichiatrico primario fa seguito un abuso di sostanze, o perché un abuso di sostanze facilita l'insorgenza di un disturbo psichiatrico, o per un parallelismo fra le due patologie che si manifestano indipendentemente. Sono stati studiati una serie di possibili fattori etiologici comuni tra le malattie mentali gravi ed i disturbi da abuso di sostanze: fattori socio-economici, fattori cognitivi, fattori di personalità ecc. Tale nuovo problema di salute richiede una adeguata e costante collaborazione tra i Ser.T ed i servizi di salute mentale sia per la gestione diagnostica differenziale sia per la scelta e la definizione di specifiche strategie terapeutiche, oltre allo sviluppo di ulteriori studi e ricerche per un maggior approfondimento scientifico sul tema anche al fine di programmare interventi adeguati e strutture idonee.

*B.1.6) Rischi e i danni correlati all'uso di "nuove droghe" nella popolazione giovanile:* le motivazioni all'assunzione (uso ludico-ricreativo), la tipologia dei consumatori (fascia d'età tra i 15 e i 24 anni; scolarità media-superiore, ecc) i luoghi di consumo (discoteche), il sistema di produzione e la rete di distribuzione, la ridotta percezione del rischio, sono i principali elementi di base che necessitano di ulteriori approfondimenti ed analisi al fine di programmare e realizzare specifici interventi di prevenzione primaria e secondaria finalizzati alla riduzione dei rischi e dei danni associati al consumo. Numerose esperienze realizzate nel territorio nazionale indirizzano verso interventi nei luoghi di consumo e di aggregazione della popolazione giovanile e attraverso l'utilizzo di specifici e differenziati "linguaggi" e "strumenti". Gli effetti dipendono da diversi fattori: quantità assunte, modalità e frequenza di assunzione, mix di sostanze, vulnerabilità personale, contesto di assunzione e sue implicazioni. In sintesi i principali rischi legati all'assunzione di tali sostanze sono:

- incidenti stradali sia per gli effetti delle sostanze assunte sia per le abitudini di orari spesso adottate;
- malattie a trasmissione sessuale per la diminuita "percezione del rischio" e conseguenti pratiche sessuali non protette;
- passaggio all'uso di altre sostanze.



## **B.2) Droghe illegali**

*B.2.1) Rischi e danni da tabagismo:* in Umbria i tumori maligni del polmone nei maschi rappresentano la prima causa neoplastica di morte come dato medio regionale. In termini di trends dal 1976 al 1993 i tumori del polmone avrebbero mostrato un incremento notevole nei maschi, mentre nel sesso femminile si è avuto un incremento molto più lieve e graduale. Per contrastare questo importante fattore di rischio per la salute che presenta aspetti complessi sia di tipo psicologico e socio-culturale sia aspetti politico-economici condizionanti la continua e crescente offerta sul mercato, occorre adottare politiche di intervento globali ed intersettoriali capaci di sviluppare alleanze, sinergie e partecipazione attiva di tutti i soggetti che hanno competenze e responsabilità in ambito educativo, sanitario, politico, economico, nel mondo del volontariato e dell'informazione. Per la prima volta sia nel PSN 1998-2000, sia nel PSR 1999-2001 si individua come prioritario il perseguimento di una serie articolata di obiettivi di salute tra cui la "promozione di comportamenti e di stili di vita in quattro aree chiave" con individuazione di precise iniziative da realizzare nel piano di vigenza del Piano anche in merito all'abitudine fumatoria.

*B.2.2) Problemi alcoolcorrelati:* nonostante le principali evidenze epidemiologiche inerenti la correlazione tra consumo di alcool e mortalità (per incidenti stradali, domestici e in ambiente di lavoro, per cirrosi e tumori) tra soglie di consumo associate a rischi significativamente aumentati di cirrosi epatica (consumo abituale, protratto per molti anni di almeno 40 gr di alcool al giorno per gli uomini e di almeno 20 gr al giorno per le donne) tra assunzione e costi sociali e sanitari (assenteismo, ospedalizzazioni, ecc) e tra uso inconsapevole e incidenti e/o comportamento sociali violenti anche tra i giovani, tra uso in gravidanza e sindrome feto-alcolica, l'attuale livello del consumo pro capite di alcool puro è pur lontano da quello considerato dall'OMS compatibile con un ottimale stato di salute della popolazione pur nella evidenziazione di una sostanziale, graduale riduzione dei consumi dal 1970 al 1993. In tale periodo inoltre si sarebbe registrata una riduzione della mortalità alcool-attribuibile nella popolazione italiana di età superiore a 15 anni: da 60.000 decessi nel 1973 a 40.000. Tale riduzione sarebbe principalmente attribuibile al forte decremento del numero di decessi per consumi elevati (> 100 g/die, 72,9%), mentre riduzioni di minore entità (-17,6%) o incrementi (+23,9%) erano evidenziati per medi (50-100 g/die) e bassi consumi (<50 g/die). Ciò suggeriva che la parte sommersa dell'iceberg dei problemi alcoolcorrelati (ovvero quella attribuibile a consumi normalmente considerati a basso rischio) ha una dimensione molto più elevata rispetto alla parte visibile dell'iceberg (ovvero quella dovuta a consumi considerati a maggior rischio) e che la dimensione non visibile è andata aumentando nel ventennio considerato. I dati relativi alla mortalità per cirrosi in Umbria, sembrano confermare una forte riduzione nelle classi di età 15-64 anni (intervalli in cui i decessi per questa patologia sono state considerate "morti evitabili") ed evidenziano specificità locali dovute sia a differenti pattern di consumo che a contributi più rilevanti, nella mortalità residua per cirrosi, delle patologie virali del fegato. Alla complessità delle variabili psico-socio-culturali che ne sottendono l'uso/abuso e che richiedono strategie preventive specifiche e mirate si aggiunge la molteplicità delle problematiche mediche, psicologiche, sociali delle situazioni di dipendenza da alcool che richiedono un incremento quali/quantitativo dei servizi sanitari operanti nel campo.

## **C) OBIETTIVI DI SALUTE E CONSEGUENTI AZIONI**

Gli obiettivi di salute prioritari sulle quali le Aziende Sanitarie umbre dovranno concentrare l'impegno nell'arco di validità del PSR 1999/2001 sono quelli indicati nelle seguenti tabelle relative sia alle droghe illegali, sia a quelle legali. Per ogni obiettivo vengono indicate le corrispondenti e specifiche azioni da realizzare al fine del raggiungimento dei medesimi.

## DROGHE ILLEGALI

<i><b>OBIETTIVI DI SALUTE</b></i>	<i><b>AZIONI</b></i>
<p>Ridurre l'incidenza delle malattie infettive, per uso promiscuo di materiali iniettabili sterili e per rapporti sessuali non protetti, di almeno il 20% per il 2001 nei tossicodipendenti afferenti ai Ser.T.</p> <p>Aumentare la percentuale di consumatori in contatto con il sistema di assistenza e ridurre la durata d'uso delle sostanze prima del contatto.</p> <p>Ridurre i processi di esclusione sociale e di emarginazione delle persone dedite all'uso di sostanze stupefacenti.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentare le potenzialità di azione-offerta complessiva della "rete dei servizi", operanti nell'area delle dipendenze, secondo un approccio pragmatico di tutela della salute individuale e collettiva centrato sulla integrazione e continuità tra interventi di "riduzione del danno" ed interventi "drug free".</li> <li>- Garantire il pieno dispiegamento operativo, la continuità e l'efficacia degli interventi di unità di strada.</li> <li>- Adottare e potenziare l'offerta di presidi sanitari (siringhe, preservativi, ecc.) che limitano la trasmissione delle infezioni (HIV, epatiti).</li> <li>- Implementare strutture intermedie a "bassa soglia", residenziali e/o semiresidenziali, per tossicodipendenti attivi, italiani e stranieri, con condizioni di forte disagio sociale.</li> <li>- Incrementare le attività di counselling per la modifica "duratura e consapevole" dei comportamenti a rischio.</li> <li>- Potenziare l'offerta di tutte le prestazioni terapeutiche e assistenziali riconosciute valide ai fini della tutela della salute delle persone con uso/abuso/dipendenza da sostanze illegali.</li> <li>- Definire "protocolli operativi" tra i Ser.T, le unità di strada e le altre risorse sanitarie e sociali del territorio, al fine di garantire risposte appropriate e rapide ai bisogni di "quella persona", in "quel momento della sua esistenza".</li> </ul>
<p>Ridurre la mortalità da overdose nei tossicodipendenti da eroina e/o da poliassunzione.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informare ed educare i tossicodipendenti sulla modalità per ridurre il rischio di overdose.</li> <li>- Sviluppare attività informative ed educative nei confronti dei gruppi maggiormente a rischio (gruppi marginali; residenti in Comunità terapeutiche; detenuti in carcere; soggetti che hanno interrotto recentemente programmi terapeutici; persone con uso irregolare, ecc).</li> <li>- Incentivare comportamenti a basso rischio come l'assunzione per via inalatoria.</li> <li>- Acquisire informazioni tempestive sui quantitativi dei principi attivi rintracciati nelle sostanze sequestrate e sulla composizione delle sostanze da strada presenti sul mercato.</li> <li>- Dotare ciascun servizio di Naloxone e promuoverne la possibilità di fruizione da parte</li> </ul>

	<p>dei tossicodipendenti.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementare un sistema di monitoraggio epidemiologico puntuale ed in itinere con flussi di dati provenienti da tutte le risorse impegnate nel settore (Ser.T; unità di strada; servizi di emergenza; ospedale; laboratori di analisi; Forze dell'Ordine; Istituti Penitenziari; Prefettura, Comunità Terapeutiche, ecc).</li> <li>- Attivare le risorse e le abilità dei consumatori (peer supporter, peer education, gruppi di interesse).</li> </ul>
<p>Garantire pari opportunità di trattamento e di continuità terapeutica-assistenziale ai tossicodipendenti detenuti negli istituti penitenziari.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avviare il processo di riorganizzazione delle medicina penitenziaria.</li> <li>- Garantire la continuità terapeutica ed assistenziale, i “percorsi di accompagnamento” tra il “prima”, “durante” e “dopo” la carcerazione e l’integrazione degli interventi.</li> <li>- Attivare azioni informative-educative nei confronti dei detenuti sui rischi e danni correlati alla tossicodipendenza.</li> <li>- Fornire presidi sanitari che riducono il rischio di contrarre e trasmettere infezioni.</li> <li>- Attivare azioni specifiche e mirate di tutela della salute rivolte ai detenuti tossicodipendenti stranieri ed in particolar modo per gli extracomunitari.</li> </ul>
<p>Ridurre i rischi e danno correlati all’uso di “nuove droghe” nella popolazione giovanile.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Approfondire le conoscenze in merito alla diffusione e alle caratteristiche del consumo di “droghe sintetiche” al livello locale al fine di costruire una mappatura complessiva del problema necessaria per la messa a punto di interventi preventivi e di riduzione del danno e anche nella prospettiva, indicata dall’Unione europea di allestire un sistema di monitoraggio più ampio, definito come “sistema rapido di allerta”.</li> <li>- Aumentare il contatto con i giovani consumatori nei luoghi classici di consumo e di aggregazione al fine di aumentare le conoscenze sugli effetti e rischi a breve e a lungo termine.</li> <li>- Attivare specifici programmi formativi rivolti agli “adulti significativi” (peers operators, dj, pr, ecc.) che operano nei luoghi di consumo e di aggregazione e quindi a contatto con la popolazione giovanile.</li> </ul>

Per le azioni di promozione della salute e di prevenzione primaria relative si rimanda alle precise indicazioni contenute nell’Atto di indirizzo “Lotta alle malattie cardio e cerebrovascolari”.

## DROGHE LEGALI

<i><b>OBIETTIVI DI SALUTE</b></i>	<i><b>AZIONI</b></i>
<p>Ridurre entro l'anno 2005 del 50% il numero di fumatori maschi di età superiore a 14 anni e del 20% il numero delle fumatrici sempre della stessa età.</p> <p>Ridurre il consumo di sigarette di almeno il 40% per l'anno 2005.</p> <p>Almeno il 33% delle donne fumatrici devono smettere di fumare all'inizio della gravidanza per l'anno 2000.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Attivare, da parte delle Aziende sanitarie, apposite articolazioni funzionali denominate "unità anti-fumo" per lo svolgimento di corsi intensivi per smettere di fumare e di altri programmi terapeutici individuali o di gruppo adeguati alla specificità della dipendenza da nicotina.</li> <li>- Continuare il monitoraggio del fenomeno ed estenderlo alle giovani donne.</li> <li>- Promuovere il rispetto del divieto del fumo nei locali pubblici e negli ambienti di lavoro.</li> <li>- Connotare i servizi sanitari come "spazi senza fumo".</li> <li>- Sostenere le azioni volte a favorire la disassuefazione dal fumo, attraverso anche l'impegno dei medici di medicina generale, dei medici ospedalieri, degli infermieri professionali e dei farmacisti.</li> <li>- Promuovere da parte dei Medici di Medicina generale l'attività di informazione-educazione fra i propri assistiti con particolare riguardo ai giovani e alle donne in gravidanza, la pratica del counselling anti-fumo, la rilevazione di informazioni di carattere epidemiologico e una metodologia di approccio clinico integrato al paziente affetto da tabagismo nel raccordo tra le sue competenze e quelle del livello specialistico.</li> </ul>
<p>Ridurre per il 2005 la proporzione di uomini sopra i 14 anni che bevono più di 21 unità di alcool (una unità=10 gr di alcool) per settimana al 18% e di donne sopra i 14 anni che bevono più di 14 unità per settimana al almeno il 7%.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organizzare percorsi formativi (di base ed aggiornamento) sui problemi alcoolcorrelati.</li> <li>- Potenziare la "rete delle risorse" impegnate nel campo con particolare riferimento alla implementazione di un "Centro residenziale per i problemi alcoolcorrelati".</li> <li>- Avviare un processo di costruzione di una "rete operativa" tra i Medici di Medicina Generale e le risorse già impegnate nel campo al fine di produrre un modello di intervento e di formazione per tale figura professionale.</li> <li>- Approfondire le conoscenze ed il monitoraggio sulla modalità e tipologie di consumo di alcool anche nelle diverse fasce di popolazione a più alto rischio.</li> <li>- Potenziare le azioni di sensibilizzazione, informazione, educazione rivolte sia alla popolazione generale sia a gruppi a rischio</li> </ul>

	<p>(popolazione giovanile, gruppi marginali, immigrati, ecc).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantire attività di counselling da parte dei medici di medicina generale sui rischi e danni correlati all'uso di sostanze alcoliche e alle gestanti nei consultori.</li> <li>- Promuovere azioni informative e di sensibilizzazione rivolte alla comunità locale anche tramite l'utilizzo di mass-media.</li> </ul>
--	--

## D) ASSETTI ORGANIZZATIVI

### D.1) La logica dipartimentale

Così come in altri campi di intervento, anche nell'area delle dipendenze, é ormai dimostrato che le risposte settoriali, frammentarie e di emergenza non sono in grado di assicurare offerte congrue con la complessità, la molteplicità e la mutevolezza dei bisogni di salute e di garantire l'equità di accesso, la fruibilità, la completezza delle prestazioni e l'eshaustività delle risposte a tutte le persone con problemi di uso/abuso/dipendenza da sostanze.

Il processo di riorganizzazione complessivo nell'area delle dipendenze si prefigge l'obiettivo generale della tutela della salute, psico-fisica-sociale, di tutte le persone con uso/abuso/dipendenza da sostanze illegali e legali attraverso una entità organizzativa, a livello aziendale, quale organo di coordinamento tecnico-scientifico tra le diverse unità operative, servizi affini e complementari che operano nel settore.

Per tale finalità l'Accordo Stato-regioni del 21/1/1999 per la "riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti" si ispira ai seguenti principi generali:

- ricollocazione al centro degli interessi dei servizi della "persona", quale soggetto portatore di un bisogno indipendentemente da una effettiva richiesta di "intervento terapeutico" e dalla possibilità e disponibilità di accedere ad essi;
- garanzia a tutte le persone con uso/abuso/dipendenza di prestazioni terapeutiche e assistenziali validate scientificamente e non sottese da logiche "stigmatizzanti", "ideologiche", "moralistiche", estranee alla missione dei servizi sanitari;
- centralità di offerte personalizzate e adeguate ai bisogni di "quella persona", in "quel momento" della sua esistenza, anziché chiedere alla persona di adeguarsi agli interventi già predisposti;
- rivisitazione del "cammino" fin qui realizzato con analisi dei mutati contesti sanitari e sociali a cui rispondere in termini di servizi non solo di "attesa";
- valorizzazione e sistematicità delle esperienze maturate nel settore e della molteplicità degli interventi nell'ottica della interazione tra essi e della diversificazione e differenziazione dei percorsi in base alla specificità dei bisogni di salute;
- acquisizione di una "prassi culturale ed operativa" centrata sull'attività di programmazione esercitata in sinergia tra tutte le risorse impegnate nel settore;
- integrazione delle attività sanitarie con quelle socio-assistenziali e gestione unitaria degli interventi.

### D.2) Funzioni del Dipartimento per le dipendenze

Le attività di tutela e promozione della salute, prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale relative all'uso/abuso/dipendenza da sostanze psicoattive illegali e legali sono di competenza della Azienda USL che le attua attraverso l'istituzione del Dipartimento per le dipendenze che si qualifica e giustifica quale elemento di integrazione funzionale e di

coordinamento organizzativo delle “ diverse unità operative e servizi appartenenti a tutte le strutture primarie della Azienda (distretti, ospedali ecc), di tutti gli altri soggetti ed enti pubblici e privati che, a vario titolo e con varia responsabilità, operano sul territorio, nell’ottica dell’integrazione all’interno del comparto sanitario e tra questo ed il comparto sociale”.

Il Dipartimento per le dipendenze é un Dipartimento tecnico-funzionale aziendale che svolge in tale ambito le funzioni che le Direzioni Aziendali gli conferiscono per raggiungere gli obiettivi di salute indicati nel presente Atto di indirizzo.

In riferimento alle attività vengono indicate le seguenti funzioni:

- programmazione locale, in sinergia con tutte le risorse impegnate nel settore, quale processo necessario per operare scelte rispondenti alle reali esigenze del territorio, con esplicitazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, i tempi, le modalità, le responsabilità relative al programma e la conseguente progettazione degli interventi;
- verifica del conseguimento degli obiettivi, valutazione degli interventi e dei risultati raggiunti;
- rilevazione dei bisogni assistenziali sulla base dei dati epidemiologici;
- coordinamento tecnico-funzionale del sistema dei servizi per l’articolazione degli interventi preventivi, terapeutici, di tutela della salute, di riabilitazione e di reinserimento sociale;
- promozione, avvio e sviluppo di una prassi operativa centrata sulla “responsabilità diffusa e coordinata” tra tutte le risorse sanitarie e sociali impegnate nel settore sia in termini di programmazione che di erogazione e valutazione delle azioni nel campo delle dipendenze;
- indirizzo e formulazione di protocolli, accordi, idonei a garantire una ottimale interdipendenza tecnica-funzionale tra le diverse unità afferenti al Dipartimento, tra esse e le altre risorse sanitarie Aziendali (reparti ospedalieri, distretti, servizi di emergenza, servizi di salute mentale, pronto soccorso, laboratori di analisi ecc) al fine di definire una chiara interfaccia tra il sistema dei servizi e risorse che garantiscano la “presa in carico” globale della persona in funzione degli specifici bisogni;
- indirizzo e formulazione di protocolli ed accordi con gli Enti locali al fine di definire corresponsabilità e cofinanziamenti per l’attivazione e sviluppo di politiche e azioni intersettoriali;
- indirizzo e formulazione di protocolli ed accordi con altri soggetti Istituzionali non sanitari: Prefettura, Forze dell’ordine, Provveditorati agli studi, Istituti penitenziari;
- controllo e vigilanza sugli Enti ausiliari;
- controllo e verifica della strategia complessiva d’intervento;
- verifica, sulla base delle indicazioni regionali, dell’applicazione degli standard di funzionamento del settore e controllo delle unità operative riguarda alla partecipazione al programma dell’Azienda;
- programmazione e coordinamento delle attività di formazione degli operatori delle diverse unità operative e afferenti;
- programmazione e coordinamento dei progetti di prevenzione di carattere aziendale;
- programmazione e coordinamento di progetti specifici ad hoc;
- programmazione e attivazione di un Sistema informativo in rete con tutte le unità operative del dipartimento;
- promozione e attivazione di un modello di intervento e di formazione per i Medici di Medicina generale al fine di avviare un processo di costruzione di una “rete operativa” tra essi e le risorse già impegnate nell’area delle dipendenze;
- programmazione e realizzazione annuale di almeno un progetto di miglioramento continuo della qualità (MQC);
- formulazione, sulla base di elementi scientifici e tecnici propri dei professionisti facenti parte delle unità operative afferenti ed in collaborazione con le altre entità analoghe presenti nelle altre Aziende sanitarie, di linee-guida e “modelli di buona pratica” per migliorare la qualità degli interventi;

- stesura e relativa diffusione della Carta dei servizi dell'Azienda di appartenenza riguardante la parte relativa all'area delle dipendenze e della Carta dei servizi sanitari per i detenuti, come previsto dall'articolo 1 del decreto legislativo 22 giugno 1999, N. 230.

### **D.3) Unità afferenti al Dipartimento**

Il Dipartimento per le dipendenze al fine di garantire la programmazione, l'offerta e la valutazione di una gamma articolata ed integrata di interventi preventivi, terapeutici, di tutela della salute, di riabilitazione e di reinserimento sociale in merito ai problemi correlati all'uso/abuso/dipendenza sia da droghe legali, sia da droghe illegali si avvale delle seguenti unità afferenti:

- Ser.T;
- GOAT;
- Medici di medicina generale;
- Unità anti-fumo;
- Comunità terapeutiche;
- Strutture intermedie a bassa soglia;
- Unità di strada.

Per le funzioni relative alle unità operative Ser.T, GOAT e per quelle attribuite alle Comunità terapeutiche si rimanda alle specifiche normative nazionali e regionali in materia.

Nello specifico dei compiti, delle funzioni, dei requisiti di personale ed organizzativi dei Ser.T, quale unità operativa di base del Dipartimento per le dipendenze, si rimanda a quanto indicato nel DGR n. 1115 del 4 agosto 1999.

Vengono di seguito descritte le funzioni delle nuove unità afferenti al Dipartimento per le dipendenze.

#### *D.3.1) Medici di Medicina generale*

I medici di medicina generale rappresentano il primo legame tra la popolazione e il sistema sanitario, assumendo quindi un ruolo privilegiato per condurre interventi finalizzati alla educazione, prevenzione, assistenza ed orientamento a persone con problemi di abuso sia di droghe legali sia di droghe illegali.

#### **FUNZIONI**

- Informazione e sensibilizzazione sui danni e sui rischi associati all'abuso di sostanze legali ed illegali.
- Counselling finalizzato all'acquisizione di comportamenti e stili di vita sani e alla rimozione dei comportamenti a rischio.
- Proposizione e attivazione di programmi di prevenzione secondaria e di controllo delle patologie correlate.
- Facilitazione nel contatto con i servizi definendo livelli, modalità e criteri di collaborazione.
- Promozione di una metodologia di approccio clinico integrato alla persona con uso e abuso di sostanze legali ed illegali e di raccordi strutturati tra essi ed i livelli specialistici, servizi ospedalieri operanti nel settore delle dipendenze.
- Rilevazioni epidemiologiche in ambito locale.

#### *D.3.2) "Unità anti-fumo"*

Equipe funzionale multidisciplinare dei servizi di base costituita da operatori sanitari e sociali.

L'unità anti fumo opera su un bacino di utenza corrispondente a quello di una Azienda USL o comunque in uno o più distretti della stessa.

## FUNZIONI

- Eventuale trattamento e riabilitazione finalizzati alla cessazione della abitudine al fumo adottando metodiche di tipo medico-farmacologico e psicologico e favorendo il mutuo-aiuto.
- Costante collaborazione con i medici di medicina generale e con i servizi specialisitici territoriali e ospedalieri per la gestione integrata del paziente affetto da tabagismo.
- Collegamento con gli Istituti Universitari e con le Società Scientifiche professionali per quanto riguarda la ricerca scientifica, epidemiologica e la formazione.
- Collaborazione in tema di promozione della salute nell'attuare programmi di informazione, educazione.
- Interventi di consulenza, formazione e supervisione ai soggetti che operano nel campo del tabagismo, sia del settore pubblico che del privato sociale e del volontariato.

### *D.3.3) Unità di strada*

L'unità di strada rappresenta uno degli strumenti operativi della politica socio-sanitaria di riduzione del danno e si caratterizza come una unità mobile composta da operatori di strada che, adeguatamente formati ed in "rete" con le altre risorse sanitarie e sociali del territorio, raggiungono, contattano ed instaurano "relazioni significative" con tossicodipendenti o altri gruppi di popolazione non afferenti ai servizi socio-sanitari, per offrire loro informazioni e strumenti a tutela della salute, per indurre la modifica dei comportamenti a rischio e per facilitare l'accesso ai servizi.

Pur nella specificità dei contesti di attuazione che ne condizionano le modalità organizzative e strutturali, le esperienze ed i risultati delle unità di strada realizzate nei paesi del Nord Europa, nel contesto nazionale e regionale, consentono la definizione di specifici requisiti che possono garantirne l'efficacia:

- la qualità di "interventi a bassa soglia" (low threshold) che presuppone la rinuncia a porre soglie di ingresso e di accesso ai servizi offerti, tanto dal punto di vista burocratico (residenza, nazionalità, ecc) quanto dal punto di vista della strategia della "presa in carico" (sigla di patti terapeutici, motivazione al contatto ecc.);
- la molteplicità delle partnership risponde ad uno dei caratteri specifici delle unità di strada, quali "interventi di comunità" (community based) con una operatività che si colloca nell'ambito della "quotidianità", cioè delle relazioni sociali ed interpersonali connesse al consumo e alla vita sociale dei consumatori, alle loro "mappe relazionali" e "culturali";
- la dotazione di tutti i presidi sanitari (siringhe sterili mono-uso, preservativi, macchinette scambia siringhe, narcan) che limitano la trasmissione delle infezioni, assicurano il rinforzo costante dei messaggi di prevenzione e di cura di se, coadiuvano il lavoro di self-empowerment e di attivazione delle risorse personali, sostengono l'adozione di comportamenti preventivi e di tutela della propria e altrui salute;
- il ruolo di "osservatorio permanente sulla strada" per la mappatura del territorio, per la raccolta ed analisi delle domande e dei bisogni della popolazione target, per il monitoraggio sui cambiamenti degli stili di consumo e delle dinamiche del mercato;
- la costruzione di una chiara e definita interfaccia con il sistema di servizi e con le risorse sanitarie e sociali del territorio attraverso la definizione delle risorse del territorio attraverso la definizione comune di "protocolli d'intesa" o accordi attia ad ottimizzare i rapporti tra gli stessi: Ser.T, GOAT, reparti ospedalieri, servizi di emergenza, servizi socio-assistenziali, forze dell'ordine, ecc.

Nello specifico, i protocolli d'intesa con i Ser.T dovrebbero assicurare:

- un sistema rapido di presa in carico per i nuovi contatti;
- un sistema rapido di prescrizioni di terapie farmacologiche nell'ottica della riduzione del danno;
- un sistema di risposta a situazioni di particolare emergenza sanitaria e/o sociale;



- un sistema di presa in carico e di offerta di servizi mirati a chi é in fase di tossicodipendenza attiva e non esprime, al momento, la scelta di un cambiamento;
- un sistema di ri-aggancio rapido e offerte differenziate per chi é in fase di ricaduta;
- un sistema d'accesso ai servizi di emergenza.

## FUNZIONI

- Identificare e stabilire “relazioni significative” con gruppi di popolazione tossicodipendente che non accedono ai servizi socio-sanitari.
- Informare sui danni correlati all'uso di sostanze stupefacenti e sui rischi di abuso correlati all'uso di droghe legali ed illegali e/o conseguenti alle condizioni di marginalità e di disagio psico-sociale correlati all'uso di sostanze stupefacenti.
- Incoraggiare i soggetti a fare il punto sul proprio stile di vita e sulla relativa esposizione al rischio (rapporti sessuali non protetti, scambio di siringhe).
- Stimolare, rafforzare la fiducia nelle capacità personali per l'avvio di un percorso di modifica dei comportamenti individuali che espongono a rischi sanitari e sociali.
- Fornire una serie di alternative personalizzate e realisticamente percorribili, per ciascuna persona, al fine di indurre una modifica dei comportamenti a rischio.
- Distribuire materiali informativi e presidi sanitari (siringhe, preservativi, narcan ecc).
- Incoraggiare l'assunzione del ruolo di agenti di informazione e di sensibilizzazione nel “gruppo di pari”.
- Promuovere esperienze di aggregazione e di autogestione nei gruppi e tra i gruppi contattati.
- Informare sulle attività e prestazioni offerte dai servizi socio-sanitari e dalle altre risorse presenti nel territorio.
- Favorire l'accesso ai Ser.T e /o ad altre strutture deputate al counselling in maniera gratuita e riservata.
- Stimolare offerte diversificate e differenziate a “bassa soglia” in risposta alle domande espresse dai soggetti che accedono ai servizi.
- Avviare e supportare un percorso di modifica della percezione sociale verso i soggetti che fanno uso di sostanze e/o verso altri gruppi che vivono situazioni di marginalità.

### *D.3.4) Strutture intermedie a “bassa soglia”*

Le strutture intermedie a “bassa soglia”, residenziali e/o semiresidenziali, si caratterizzano come spazi fisici, relazionali ed assistenziali destinati a tossicodipendenti attivi, italiani e stranieri, con condizioni di forte disagio sociale al fine di garantire una “sosta protetta” dai rischi della strada, per evitare il progressivo deterioramento delle condizioni di vita e delle situazioni di emarginazione.

Pur nella specificità dei contesti di attuazione che ne condizionano le modalità organizzative e strutturali (centri diurni di accoglienza a bassa soglia, unità fissa, strutture residenziali di pronta accoglienza, ecc) le esperienze ed i risultati conseguiti a livello europeo e nazionale, consentono la definizione di specifici requisiti che possono garantirne l'efficacia:

- strutture la cui fruibilità da parte dei tossicodipendenti attivi non é vincolata dall'accettazione preventiva di programmi “drug free”;
- accoglienza diffusa ed indiscriminata, intesa come massima apertura allo specifico problema che la persona afferente alla struttura esprime in “quel momento”;
- spazi nei quali é possibile condividere con altri consumatori esperienze attive di auto-difesa (auto-mutuo-aiuto, supporto ed educazione tra pari) intesa come valorizzazione e circolazione

delle proprie competenze di sopravvivenza e come ricerca comune di risorse per la propria integrazione sociale;

- strutture funzionalmente collegate con l'insieme dei servizi e delle risorse sanitarie, sociali, dell'associazionismo e del volontariato del territorio;
- relazione funzionale e progettuale con i Ser.T per offrire, anche l'opportunità di accedere, se richiesto, a programmi di trattamento;
- strutture in cui la modalità di accesso é facile e non necessita di appuntamento: la persona può recarsi da solo alla struttura, oppure essere accompagnato dagli operatori di strada o dagli operatori dei Ser.T, o segnalata da altre risorse sanitarie e sociali del territorio, compresi i Medici di Medicina generale;
- gestione da parte di équipes multidisciplinari con specifica formazione nel campo della "riduzione del danno" e composta da operatori sanitari e sociali di diversa provenienza: Ser.T, privato sociale, terzo settore, ex-tossicodipendenti, ecc;
- strutture con regole che garantiscono una convivenza funzionale e relazionale a vantaggio degli utenti: divieto di consumare in loco e di portare sostanze stupefacenti anche per uso personale o per altri consumatori. In tutte le esperienze realizzate in Italia si accetta che il consumatore possa frequentare la struttura anche sotto l'effetto delle sostanze. Non sono tollerati atti di violenza;
- fondamentale é la presenza di tossicodipendenti, nel ruolo di peer-leader che godono di credibilità da parte del gruppo di appartenenza;
- la funzione di ospitalità ed eventualmente di alloggio é transitoria, quale alternativa alla "strada" e quale tempo "intermedio" necessario per la ricerca di soluzioni più adeguate e congrue con la storia e le problematiche della persona accolta;
- strutture in cui gli alloggi notturni hanno la disponibilità massima di 10 posti letto, senza condizioni di accesso se non la creazione di una lista di attesa stilata in base all'ordine temporale di richiesta.

Nella nostra regione l'evidenziazione dei problemi di salute del "sommerso" indirizzano la tipologia dei destinatari delle strutture intermedie a "bassa soglia":

- persone tossicodipendenti attive e/o con problematiche relative all'uso/abuso di alcool e/o di psicofarmaci;
- persone con lunga storia di tossicodipendenza e con tappe di riabilitazione fallimentari;
- persone tossicodipendenti attive che, in mancanza di condizioni minime di sopravvivenza, non sono in grado di interrogarsi sulle proprie scelte, né avviare, al momento, percorsi di cambiamento;
- persone tossicodipendenti italiane e straniere che escono dal carcere e che non dispongono al momento di altre risorse;
- extracomunitari coinvolti nella tossicodipendenza/alcooldipendenza senza assistenza socio-sanitaria;
- persone che si prostituiscono per procurarsi le sostanze.

## FUNZIONI

- Garantire servizi primari alla persona: pasti, posti letto, servizi igienici, lavanderia, vestiario gratuito, ecc.
- Informare correttamente sui rischi derivanti dall'uso di sostanze stupefacenti e sulle relative modalità di assunzione più idonee ed evitare infezioni o altre patologie correlate all'uso.
- Fornire presidi sanitari di prevenzione, ivi compresi le siringhe sterili, l'acqua distillata, i profilattici ed i materiali informativi.
- Offrire counselling individuale finalizzato al rilevamento della storia delle persone, dei suoi bisogni e alla individuazione di possibili percorsi di cambiamento.

- Orientare e informare sull'accesso alle risorse sanitarie e sociali del territorio e alle possibilità di sussidi economici e/o di inserimento lavorativi.
- Garantire assistenza medica-sanitaria, sociale e consulenze legali.
- Offrire spazi e momenti finalizzati alla socializzazione, all'attività ricreativa e all'organizzazione interna.
- Realizzare “corsi di sopravvivenza” per far acquisire abilità preventive su: infezione da HIV, epatiti e pratiche iniettive e sessuali, prevenzione dell'overdose, pronto soccorso e assistenza al compagno in overdose.
- Assicurare una hot-line attiva per l'intero arco della giornata per dare informazioni sulla struttura, sui servizi del territorio e per il counselling di sostegno o in casi di urgenza.

## **E) SISTEMI OPERATIVI TECNICO SPECIFICI**

L'adesione all'approccio legato alla riduzione del danno é basato su evidenze di efficacia.

Ora si tratta di sviluppare ulteriormente questo approccio, implementando nel corso del triennio il bagaglio degli operatori del Dipartimento per le dipendenze con l'evidenziazione di ulteriori evidenze, di modo che sia possibile, affrontare i problemi prioritari di salute e garantire il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Pur nella necessaria differenziazione dei percorsi assistenziali, terapeutici e riabilitativi in base alla specificità dei bisogni individuali, occorre garantire sul territorio regionale uniformità, qualità ed equità per tutte le persone con uso/abuso/dipendenza da sostanze illegali e legali in termini di procedure di accesso, dei percorsi di “accompagnamento”, di tutela della salute, delle prestazioni preventive, terapeutiche, diagnostiche e riabilitative.

Necessita quindi definire procedure di consenso professionale, linee-guida per una buona pratica clinica, almeno per quanto riguarda i seguenti aspetti:

- azioni preventive e di tutela della salute;
- accoglienza e diagnosi multidisciplinare;
- terapie farmacologiche specifiche, sostitutive e non, piani terapeutici-riabilitativi personalizzati;
- attività di counselling, psico-diagnosi e attività di sostegno.

### **La Regione validerà le Linee-guida in base ai seguenti criteri:**

- rigorosa documentazione delle evidenze di efficacia;
- bilanciamento delle competenze presenti in sede di elaborazione delle linee guida: essendo noto che le strategie in sanità derivano da pressioni di singoli gruppi di professionisti o di specifiche società professionali, è opportuno che nella stesura delle stesse (o come criterio di verifica in sede di loro recepimento) siano valorizzate maggiormente quelle che derivano da apporti multiprofessionali e che hanno previsto negli staff di lavoro la presenza di epidemiologi, medici di sanità pubblica ed economisti sanitari;
- sostenibilità economica delle proposte: al di fuori di qualsiasi logica incrementale, una buona linea guida, deve indicare oltre alle cose da fare, anche quelle da non fare più, perché obsolete o di dimostrata inefficacia;
- accurata previsione delle modalità di applicazione ed implementazione;
- parallela definizione della base formativa necessaria per la “manutenzione” delle conoscenze e capacità professionali, attraverso opportuni interventi formativi, in modo tale da elevare la preparazione media dei professionisti e metterli nelle condizioni di partecipare attivamente e di poter recepire, in piena consapevolezza le indicazioni proposte dalle linee guida.

## **F) SISTEMI OPERATIVI PER L'APPROPRIATEZZA GESTIONALE**

Per la riorganizzazione del sistema di assistenza è fondamentale l'analisi delle attuali risorse umane, strumentali, tecnologiche e conoscitive già in dotazione alle unità operative e afferenti per la verifica e validazione della effettiva appropriatezza gestionale con cui sono attualmente allocate e per l'individuazione ed utilizzazione di risorse aggiuntive necessarie al raggiungimento degli obiettivi di salute individuati per il triennio.

### **F.1) Risorse finanziarie dedicate al progetto**

Oltre alle risorse già impegnate nel settore, il fondo sanitario regionale prevede, per il triennio di vigenza del PSR 1999/2001, fondi finalizzati, da ripartire alle Aziende USL, vincolati alla realizzazione delle azioni prioritarie definite dal presente Atto. Tali fondi consistono in circa 700 milioni per ciascuna delle annualità 2000 e 2001 da attribuire alle Aziende sanitarie in base alla popolazione residente di età tra i 14-65 anni.

L'attività di programmazione costituisce la base fondamentale per la formulazione del budget aziendale, negoziato annualmente dal Responsabile del Dipartimento con la Direzione generale dell'Azienda Sanitaria, in funzione degli obiettivi prefissati, previa valutazione dei risultati raggiunti, quale piano complessivo di attività correlate alle risorse finanziarie disponibili e in rapporto alle reali esigenze del territorio.

Altre risorse integrative sono quelle relative al finanziamento pubblico di progetti che gravano sul Fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga in base alla Legge 18 febbraio 1997, n.45. Le quote del Fondo trasferite alla Regione, per gli esercizi finanziari 1997-1998-1999 saranno ripartite tra i vari soggetti, istituzionali e non aventi titolo, comprese le Aziende sanitarie, per la realizzazione di progetti d'intervento finalizzati alla prevenzione, alla riduzione del danno, al recupero, riabilitazione e reinserimento sociale di soggetti tossicodipendenti e/o con problematiche alcoolcorrelate.

La ripartizione dei finanziamenti per gli esercizi finanziari 1997-1998-1999 prevede un ormai prossimo trasferimento di quote per la Regione dell'Umbria per il complessivo importo triennale di circa 9 miliardi. Con apposito atto saranno regolamentati sia la ripartizione che il monitoraggio e la valutazione dei progetti, avvalendosi di un apposito Comitato tecnico-consulativo regionale, già costituito ed

### **F.2) Sistemi di contabilità**

Le Aziende sanitarie e l'Assessorato avvalendosi dei sistemi di contabilità economico-patrimoniale e analitica, determinano i costi attribuibili ai servizi chiamati a realizzare il presente Atto di indirizzo in modo da poter effettuare analisi costi-efficacia e costi-efficienza e comparazioni tra servizi regionali e/o di altre regioni.

### **F.3) Valutazione di processo e di esito**

L'erogazione dei finanziamenti del Fondo sanitario per il 2001 sarà vincolata alla verifica della effettiva realizzazione dei programmi dipartimentali, da parte dell'apposito Gruppo di lavoro Regionale per la verifica del processo e degli esiti del presente Atto di indirizzo, gruppo composto da delegati aziendali e da rappresentanti della Regione.

Sarà attivato, con cadenza almeno annuale, un tavolo di consultazione con le organizzazioni che rappresentano i diritti dei cittadini del settore, al fine di avere pareri sulla accessibilità dei servizi e sulla percorribilità dei percorsi assistenziali.

Incontri periodici, con cadenza da definire, saranno inoltre promossi dalla Regione con il Coordinamento regionale per la riduzione del danno per la verifica dell'effettiva implementazione degli strumenti operativi di tale politica socio-sanitaria.

#### **F.4) Accreditalamento strutturale e professionale e formazione continua**

Le procedure per l'accreditalamento delle unit  operative ed afferenti al Dipartimento delle dipendenze proceder  secondo i tempi e le procedure previste nella normativa nazionale.

Tutte le unit  afferenti al Dipartimento per le dipendenze dovranno rispondere a precisi requisiti di attivit  e attivare processi di formazione e aggiornamento del personale che garantiscano l'accreditalamento professionale e conseguentemente, qualit  e appropriatezza dei sistemi operativi tecnico-specifici.

La formazione e l'aggiornamento di tutti gli operatori afferenti al Dipartimento delle dipendenze andr  assicurata, in accordo anche con le indicazioni regionali , al fine di soddisfare i bisogni formativi specifici delle varie figure professionali. Sarebbe auspicabile la proposizione di percorsi formativi congiunti tra gli operatori delle diverse unit  afferenti anche al fine di garantire un approccio complessivo comune alle problematiche del settore, di sviluppare la capacit  di lettura della realt  delle dipendenze, di acquisire la capacit  di adattare il proprio lavoro e gli interventi alle modifiche del fenomeno e di lavorare per "problemi" e non per "settori di intervento".

Alcuni temi prioritari:

- counselling;
- attivazione delle risorse ed abilit  dei consumatori;
- approccio, finalit  e strumenti nella attivazione della "comunit  competente";
- principi e pratica del MCQ;
- metodiche di approccio sulla "strada";
- metodologie e pratiche del "lavoro di rete";
- qualit  dei dati del sistema informativo.

#### **F.5) Supporti conoscitivi: sistema informativo ed epidemiologico, ricerca**

##### *F.5.1) Sistema informativo ed epidemiologico*

La conoscenza dei dati epidemiologici e delle relazioni fra condizioni e fattori a rischio e l'insorgenza di danni acuti e cronici correlati all'uso/abuso/dipendenza da sostanze legali ed illegali rappresenta la condizione indispensabile per l'individuazione dei bisogni sanitari della popolazione interessata, per la focalizzazione delle aree critiche di intervento, per migliorare le modalit  di offerta dei servizi, per la razionalizzazione delle risorse in un contesto di gestione aziendale, per la valutazione

corretta e scientifica sia di processo, sia dei risultati dei medesimi.

E' quindi necessario potenziare di nuovi flussi informativi l'Osservatorio epidemiologico regionale per le dipendenze e trovare modalit  di raccordo e di collegamento anche con l'Osservatorio Sociale regionale istituito con DGR n. 31 del 20 gennaio 1999.

L'Osservatorio regionale per le dipendenze quale risorsa tecnico-scientifica di supporto alla programmazione regionale e aziendale e in "rete" con il sistema di raccolta dati e di monitoraggio di tutte le risorse impegnate nell'area della dipendenza ha le seguenti funzioni:

- monitorare l'andamento dell'incidenza dei decessi per overdose, dell'entit  e delle caratteristiche del fenomeno, delle sue variazioni temporali quali/quantitative e delle eventuali condizioni di rischio;
- stimare la prevalenza delle patologie correlate all'uso/abuso/dipendenza da sostanze legali ed illegali;
- stimare la prevalenza delle condizioni e fattori di rischio;
- fornire elementi conoscitivi per l'attivit  di programmazione regionale e aziendale;
- individuare tempestivamente le trasformazioni "critiche" nell'area delle dipendenze;
- valutare la qualit  dei servizi ed interventi sanitari nel settore.

L'attivazione di un sistema informativo é la condizione indispensabile per garantire un flusso costante e puntuale di informazioni necessarie per orientare le risposte, le attività di monitoraggio, valutazione previsione.

Presso ogni Dipartimento delle dipendenze si attiva un sistema informativo valido, attendibile, sensibile ai cambiamenti, compatibile con l'operatività quotidiana e in "rete" con il sistema di raccolta dati e di monitoraggio delle unità operative e afferenti impegnate, territorialmente nel settore.

Il Sistema informativo raccoglie, elabora ed archivia i dati di struttura, processo ed esito con lo scopo di:

- garantire l'afflusso di dati costanti e puntuali all'Osservatorio regionale per le dipendenze e alle singole unità operative;
- integrare le informazioni prodotte dalle singole unità operative al fine di una quadro complessivo conoscitivo del numero e tipologia degli utenti in carico, delle prestazioni offerte;
- conoscere aspetti, modi e forme, peculiarità, e modifiche della realtà territoriale nell'area delle dipendenze;
- acquisire elementi di conoscenza e di valutazione sulle metodologie e gli strumenti di intervento;
- individuare nuovi e più adeguati strumenti operativi congrui con la realtà territoriale.

#### *F.5.2) Ricerca*

La Regione prevede finanziamenti per la ricerca finalizzata alla programmazione sanitaria su tematiche ed aree d'indagini ritenute prioritarie al fine di migliorare la qualità dei livelli assistenziali.

Il tema su cui verterà la ricerca finalizzata regionale per l'anno 2000 sarà rappresentato dal Sistema informativo e per l'anno 2001 dalla valutazione di qualità dei Dipartimenti delle Dipendenze.

## **G) MANUTENZIONE DEI CLIMI ORGANIZZATIVI E GESTIONE DEI RUOLI ESTERNI**

Nell'avvio di un processo di riorganizzazione che deve garantire e perpetuare una "responsabilità diffusa e coordinata" tra tutte le unità afferenti al dipartimento, superando quindi le "concentrazioni di potere" delle singole "unità" e la "deresponsabilizzazione" di altre necessita creare un contesto motivazionale e relazione che favorisca l'identificazione dei membri alla "missione aziendale", una modalità di lavoro e di regole formali ed informali socializzate e condivise, adeguati rapporti di gestione con interlocutori esterni per la realizzazione di azioni intersettoriali e modalità di rappresentazione delle attività realizzate rappresentazioni adeguate.

### **G.1) Clima interno**

Punto fondamentale nella riorganizzazione su base dipartimentale è la gestione del clima interno attraverso:

- parità e adeguate rappresentanze formali dei referenti delle diverse unità afferenti negli ambiti consultivi e decisionali: il Comitato di Dipartimento dovrebbe essere costituito da referenti di tutte le unità afferenti ad esso, con la possibilità di ulteriori integrazioni per la elaborazione e definizione di specifiche azioni;
- processi formativi e di aggiornamento con la partecipazione delle diverse figure professionali impegnate nelle unità afferenti al Dipartimento;
- momenti di incontro informali e non strutturati tra i diversi componenti afferenti al Dipartimento delle dipendenze.

## **G.2) Ruoli esterni**

Ai fini della realizzazione degli obiettivi individuati é fondamentale individuare adeguate modalità di gestione con i seguenti interlocutori esterni al fine di concordare la specifiche responsabilità, i rispettivi compiti, e le modalità di interazione:

- Enti locali;
- Provveditorati agli Studi;
- Prefettura;
- Forze dell'ordine;
- Terzo settore;
- Amministrazione penitenziaria.

La Regione promuoverà, nel periodo di attuazione del presente Atto, una Conferenza pubblica sulle dipendenze, quale occasione di incontro e confronto con tutte le risorse impegnate nel settore.

## **H) CALENDARIO DEGLI IMPEGNI PER IL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PIANO**

1) Entro il primo anno:

- ricognizione delle unità afferenti al Dipartimento già esistenti e individuazione delle nuove unità da implementare in accordo con gli obiettivi di salute indicati nel presente Atto;
- avvio del processo di riorganizzazione con elaborazione di protocolli e linee-guida per le relazioni tra le unità afferenti al Dipartimento e gli interlocutori esterni;
- costituzione dei Dipartimenti per le dipendenze;
- potenziamento dell'Osservatorio regionale per le dipendenze;
- definizione degli indicatori per la costruzione del Sistema informativo.

2) Entro il secondo anno:

- Messa a punto di linee guida per l'appropriatezza;
- predisposizione dei percorsi formativi ed aggiornamento per le diverse figure professionali;
- organizzazione del Sistema Informativo con eventuali sperimentazioni.

3) Entro il terzo anno:

- Valutazione di qualità dei servizi e del processo di riorganizzazione;
- messa a regime dei flussi del sistema informativo.

### **5.2.8 PREVENZIONE, ASSISTENZA E RIABILITAZIONE DELLE CONDIZIONI DI DISABILITÀ**

#### **A) CORNICE**

Il presente atto di indirizzo intende coordinare ed integrare quanto previsto in materia di disabilità nelle diverse sezioni del PSR 1999-2001.

In effetti, la riduzione della disabilità evitabile rappresenta, insieme alla riduzione della mortalità evitabile, il principale obiettivo cui tende l'organizzazione dei servizi socio-sanitari e la programmazione delle loro attività e dei loro interventi.

Le azioni finalizzate al raggiungimento di tale obiettivo comprendono quindi iniziative nel campo della promozione della salute, della prevenzione e dell'assistenza, mentre assorbono completamente quanto previsto nel campo della riabilitazione; inoltre esse si innestano sulle diverse tipologie di intervento socio assistenziale, in quanto finalizzate ad abbattere le condizioni di svantaggio nelle relazioni sociali (l'handicap) che sono spesso comportate dalla presenza della disabilità.

## A.1) Aspetti generali

1. La **promozione della salute**, qui assume un risalto assoluto, in quanto dal modo in cui essa viene intesa e praticata dai soggetti chiamati ad intervenire sul terreno della intersettorialità (vedi il capitolo "Il governo della salute" del PSR 1999-2001) dipende la possibilità di aumentare il numero di anni vissuti senza disabilità, un orientamento positivo della nostra formazione economico-sociale sui temi della solidarietà, sugli investimenti nella salute e la pratica effettiva di politiche rivolte al perseguimento di questo "interesse generale".
2. Espansa quanto più possibile la base costituita dai guadagni di salute consentiti dalla messa in pratica di politiche "positive", si tratta poi di acquisire tutte le riduzioni di disabilità ottenibili con la **prevenzione** dei fattori di rischio noti, evitabili e ad impatto sanitario provato. Qui giova ricordare quanto già disposto in materia di educazione alla salute, prevenzione ambientale e nei luoghi di lavoro, servizio di emergenza/urgenza 118, tutela della salute della donna e della età evolutiva, salute degli anziani, salute mentale, salute dentale, salute degli immigrati e nei molti atti di indirizzo rivolti a specifici gruppi di patologie (tumori, cardio e cerebrovasculopatie, diabete, AIDS, etc) nonché in tema di riduzione del danno da dipendenze. In quanto non altrove trattati, assumono risalto in questa sede le attività di prevenzione connesse con la *patologia genetica* e quelle rivolte *agli eventi traumatici al di fuori dell'ambiente di lavoro, con particolare riferimento agli incidenti automobilistici* o più in generale da traffico.
3. **L'assistenza** ai disabili rappresenta un capitolo sul quale è necessario dare una chiara risposta a quanto previsto dalla legge 104/92 a partire dalla attivazione su tutto il territorio regionale delle Unità Valutative Multidisciplinari, alla gestione dell'assistenza protesica dove va verificata l'appropriatezza della domanda e dell'offerta, anche alla luce del nuovo nomenclatore tariffario e alla opportunità di supportare i disabili nella scelta degli ausili. La verifica della qualità della risposta assistenziale fornita ai soggetti assistiti in base all'art. 26 della legge 833/78, rappresenta un altro importante impegno istituzionale che la Regione vuole assolvere nel periodo di vigenza del Piano.
4. Per la **riabilitazione** intesa come "*...processo di soluzione dei problemi e di educazione nel corso del quale si porta una persona a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionali, con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative*" (Linee Guida per l'attività di riabilitazione G.U. 124/98), il quadro di riferimento - ed i presupposti necessari alla realizzazione di interventi riabilitativi efficaci - è fornito (in linea con le raccomandazioni dell'OMS in materia) dal vigente Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, dalle Linee-guida del Ministero della Sanità del 7.5.98, nonché dal Piano Sanitario Regionale 1999-2001.
5. L'intervento **sociale ed assistenziale** per l'abbattimento o la eventuale riduzione dell'handicap per i disabili nelle relazioni sociali, nella vita scolastica, nell'ambiente lavorativo, etc, rappresenta l'indispensabile attività complementare a quella più strettamente sanitaria e si realizza attraverso sia gli interventi delegati ai tavoli dell'intersettorialità, sia grazie agli interventi socio assistenziali previsti sia nel PSR 1999-2001 che nel Piano sociale regionale.

## A.2) Normativa e indirizzi scientifici di riferimento per la riabilitazione

Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 e le Linee guida che ne costituiscono parte integrante indicano i seguenti principi di fondo della riorganizzazione del settore:



- 1) La continuità terapeutica che si realizza attraverso l'integrazione ospedale-territorio e l'integrazione sociosanitaria, rappresentando la riabilitazione un campo elettivo per gli approcci multidimensionali e plurispecialistici. La riabilitazione va perciò iniziata in fase precoce per ottenere i migliori risultati, inserendo l'intervento riabilitativo in una rete di servizi ospedalieri ed extraospedalieri dedicati, opportunamente dimensionati sulla realtà regionale. Ciò permette di accompagnare il paziente nel percorso rieducativo dalla fase dell'acuzie al reinserimento sociale compatibilmente con la disabilità residua. In questa logica di integrazione un intervento rieducativo globale ed appropriato deve fornire la valutazione del bisogno, l'inquadramento diagnostico e l'applicazione di programmi terapeutici e riabilitativi basati su evidenze scientifiche di efficacia.
- 2) Le fasi dell'intervento riabilitativo sono rappresentate da:
  - prevenzione del danno secondario e delle conseguenti menomazioni, inserendo l'intervento già nella fase acuta all'interno del protocollo terapeutico;
  - riabilitazione intensiva, collocata generalmente nella fase della post-acuzie della malattia;
  - riabilitazione estensiva (completamento processo di recupero e progetto di riabilitazione);
  - mantenimento e/o prevenzione della progressione dell'handicap, fortemente integrata con la attività di riabilitazione sociale.
- 3) La tipologia degli interventi in ambito riabilitativo è rappresentata da:
  - attività di riabilitazione estensiva, sia in regime ospedaliero ambulatoriale sia a livello domiciliare, caratterizzata da un moderato impegno terapeutico e da un forte supporto assistenziale verso i soggetti in trattamento;
  - attività di riabilitazione intensiva, in regime di ricovero a ciclo continuativo e/o diurno e diretta al recupero di disabilità importanti e modificabili che richiedono un elevato impegno diagnostico specialistico ad indirizzo riabilitativo.
- 4) Per quanto riguarda i livelli organizzativi le attività di riabilitazione sono erogate attraverso una rete di servizi ospedalieri ed extraospedalieri ed erogate in regime:
  - di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno;
  - in regime ambulatoriale, extramurale e domiciliare.

Nel PSR 1999-2001 si riportano elementi di indirizzo per quanto attiene alla Riabilitazione, sia a livello territoriale sia a livello ospedaliero, che rappresentano il punto di partenza per una profonda riorganizzazione del settore, più specificatamente affrontata dal presente documento. Viene posto l'accento su soluzioni organizzative di tipo dipartimentale e su raccordi operativi fra le varie strutture eroganti prestazioni riabilitative sia ospedaliere che territoriali.

La necessità di procedere ad una profonda riorganizzazione delle attività di riabilitazione del SSN deriva, oltre che da fattori legati ad indicazioni programmatiche del passato rimaste inattuato, anche dalle modificazioni della tipologia della domanda riabilitativa e dalla maggior attenzione che negli ultimi anni si è data alla valutazione dell'efficacia ed dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie. Per quanto riguarda il non adeguamento alle indicazioni della programmazione nazionale, che già con la L.595/85 stabiliva uno standard ottimale di posti letto per la riabilitazione dell'1 per mille abitanti su un totale di 6.5 per mille, l'Umbria, come molte altre regioni, ha privilegiato nel corso degli anni la tendenza alla "dispersione" dei posti letto riabilitativi nelle strutture per acuti. Ciò è avvenuto a scapito di un'adeguata collocazione di tutta l'offerta del settore in specifici centri di erogazione ma anche di una chiara definizione e verifica delle funzioni di assistenza riabilitativa svolte dai suddetti reparti per acuti.

Tale approccio è risultato ancor più inadeguato con il nuovo sistema di finanziamento dell'assistenza ospedaliera, previsto dal D. Lgs 502/92 e successive modificazioni, basato sulla remunerazione delle prestazioni a tariffe predeterminate ed entrato in vigore il 1° gennaio 1995. Con tale sistema si introducono forti incentivi a differenziare l'assistenza a pazienti "acuti" da quella prestata a pazienti che richiedono un trattamento riabilitativo post acuzie. Il pagamento a caso

trattato spinge ad una dimissione tempestiva dei pazienti ricoverati in reparti per acuti che se da un lato rappresenta un'opportunità per modellare l'offerta dei servizi sul bisogno reale del singolo individuo. D'altro canto può risultare un rischio per l'utente, in carenza di una specifica assistenza ospedaliera post acuta ed extra ospedaliera residenziale, semi residenziale e domiciliare, volta a garantire la continuità assistenziale una volta esaurita la fase acuta di trattamento.

Per quanto riguarda i cambiamenti di tipo qualitativo avvenuti nella domanda riabilitativa vanno tenuti maggiormente in considerazione quelli sul versante del bisogno di assistenza riabilitativa di alta specialità per traumi cranici e ictus gravi (gravi cerebrolesioni acquisite) e le mielolesioni.

L'efficacia di un intervento integrato nell'ictus fin dalla fase acuta integrato con il programma riabilitativo rappresenta una valutazione già acquisita (vedi l'atto di indirizzo "Lotta alle cardio e cerebro vasculopatie). Così come vengono lì fornite alcune indicazioni sulla riabilitazione cardiologica. Un altro aspetto da considerare come prioritario è rappresentato dalla crescente domanda di riabilitazione territoriale da sviluppare ma anche da sottoporre a verifica dell'efficacia ed appropriatezza d'intervento.

### **A.3) L'offerta di prestazioni riabilitative in Umbria**

Per iniziare ad ovviare alla carenza di dati sulle attività riabilitative la Regione dell'Umbria ha agito su due fronti:

- un censimento delle strutture riabilitative con indicazione del tipo di strutture presenti ma anche delle modalità operative in ambito riabilitativo;
- un'indagine ad hoc su tutta la domanda di riabilitazione e sulle tipologie della relativa offerta in un arco di tempo definito (1° aprile - 30 giugno 1999).

Altre stime possono essere fatte in base a dati internazionali.

Rilevazione regionale prospettica sull'intervento riabilitativo in Umbria.

La rilevazione ha riguardato circa 12.000 utenti. Attualmente l'inserimento dati è ancora in atto e una elaborazione preliminare è stata fatta su 2247 soggetti.

Dai dati preliminari si evidenzia:

- una prevalenza dell'intervento in ambito ortopedico seguito da quello cardiologico e neurologico;
- la provenienza mostra una disomogeneità tra le aziende territoriali con un flusso prevalente sia extra-regione che extra azienda per l'ASL n. 3;
- la media dell'intervallo lesione – ricovero riabilitativo dei pazienti provenienti da reparti per acuti evidenzia una media di 35 giorni che risulta abbastanza alto se pensiamo alle prove di efficacia di un intervento riabilitativo più precoce possibile. Il dato diventa ancora più preoccupante se pensiamo ai 42 giorni delle patologie neurologiche;
- l'intervento riabilitativo è prevalentemente ambulatoriale e day-hospital con bassa percentuale di intervento a domicilio o in letti di degenza. Tra le aziende esiste una notevole disomogeneità;
- i pazienti provengono in generale dal proprio domicilio;
- i pazienti prevalentemente accedono più di una volta alla struttura e il 58,85 % ha già effettuato un programma riabilitativo per lo stesso problema;
- la Terapia individuale è prevalentemente applicata in ambito neurologico e ortopedico mentre la terapia di gruppo prevale nettamente nell'ambito cardiologico con notevole disomogeneità di intervento tra le diverse aziende;
- il tempo medio quotidiano dedicato al programma riabilitativo è tra 30 minuti e 1 ora.

Questi dati indicano in generale alcuni elementi critici dell'intervento riabilitativo nella nostra regione:

- 1) Flussi disomogenei tra le aziende sia all'interno della regione che verso l'esterno.
- 2) Intervallo tra l'evento acuto e l'inizio del programma riabilitativo ancora troppo alto.
- 3) Insufficiente attività di degenza riabilitativa
- 4) È troppo prevalente il ciclo riabilitativo inteso come periodico ripetersi di cicli di riabilitazione neuromotorie in condizioni di patologia stabilizzata.
- 5) Considerata l'efficacia, il trattamento intensivo è ancora troppo basso

## B) PROBLEMI DI SALUTE

### B.1) Epidemiologia della disabilità

I dati epidemiologici Istat rappresentano la fonte principale di informazioni sulla prevalenza della disabilità nella popolazione nazionale, da cui è possibile derivare alcune informazioni su base regionale. Nella tabella seguente è riportata la prevalenza stimata di disabilità sopra i sei anni d'età e per le quattro aziende sanitarie dell'Umbria. Il dato è stato suddiviso in quattro grandi tipologie di disabilità, spesso coesistenti, così come rilevato dall'indagine Multiscopo dell'Istat e si attesta per la nostra regione sul valore di 39.224 disabili complessivamente considerati, di cui circa i due terzi sono disabili nelle funzioni quotidiane.

USL	Totali disabili	Persone confinate	Persone disabili nelle funzioni	Persone disabili nel movimento	Persone disabili nella comunicazione
USL 1	5259	1816	3569	2131	986
USL 2	15418	5324	10463	6247	2892
USL 3	7924	2736	5377	3210	1486
USL 4	10622	3667	7208	4303	1993
<b>Umbria</b>	<b>39224</b>	<b>13544</b>	<b>26619</b>	<b>15893</b>	<b>7359</b>

Fonte ISTAT: indagine multiscopo sulle famiglie. 1994 Popolazione al 31/12/1994 su base ISTAT  
 \* Le tipologie di disabilità considerate possono essere presenti nella stessa persona

Dei circa 40.000 disabili stimati in Umbria il 52% sono affetti da problemi artrosici mentre il 22% presentano patologie polmonari.

Per quanto riguarda le patologie che producono disabilità (oltre a quelle cerebro e cardiovascolari che saranno trattate in altri progetti) possono essere considerate fra le forme acute le osteomuscolari presenti nel 6.5% della popolazione e le traumatiche nel 2,6%, mentre fra le forme croniche prevalgono le patologie artrosiche ed artritiche (24% della popolazione di età ≥ 6 aa.) e le patologie broncopolmonari croniche con il 7%.

### B.2) Epidemiologia delle lesioni non intenzionali, delle mielolesioni e dei traumi cranici

Le **lesioni non intenzionali** e particolarmente i traumi sono una notevole causa di morte o disabilità.

Il documento HEALTHY PEOPLE 2000 pubblicato dal U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES indica che le lesioni non intenzionali sono la quinta causa principale di morte negli Stati Uniti con oltre 90000 morti nel 1997. Sono inoltre la maggiore causa di disabilità e

ospedalizzazione; nel 1994, 4,5 milioni di persone è stato ricoverato in ospedale e quasi 35 milioni giunte al pronto soccorso a causa delle lesioni.

L’NHTSA ha stimato che se tutti gli occupanti dei veicoli avessero usato le cinture di sicurezza, la morte di quasi la metà dei 41000 deceduti del 1996 sarebbe stata evitata. Nel 1995 sarebbero state salvate 791 vite se i motociclisti avessero portato il casco.

Il CDC di Atlanta ha messo a punto all’interno del Sistema di sorveglianza sui rischi comportamentali nei giovani una specifica sezione per rilevare la prevalenza di comportamenti a rischio per le lesioni volontarie ed involontarie, che è stato sperimentato anche nella ASL n. 2 di Perugia.

L’azione sulla prevenzione degli incidenti stradali, domestici e sul lavoro è uno degli obiettivi strategici del PSN1998-2000.

Lo studio GISEM sulle **mielolesioni** terminato quest’anno mette in evidenza delle gravi problematiche legate alla prevenzione dei traumi midollari. Il 53,8% dei pazienti sottoposti a riabilitazione aveva avuto incidenti della strada. Di questi solo il 25,8% indossava le cinture di sicurezza. Tra i motociclisti il 56% aveva il casco. Il 16,4 % era dovuta a incidenti sul lavoro di cui il 52 % era per cadute. Gli incidenti domestici colpiscono soprattutto le donne e gli anziani. L’età media era di 36,5 anni configurando il coinvolgimento di una popolazione giovane in piena attività lavorativa.

Dati simili emergono anche dallo studio retrospettivo sull’intervento riabilitativo sui **traumi cranioencefalici** in regime di ricovero (Gruppo TCE Simfer, in corso di pubblicazione) dove la causa principale è rappresentata dagli incidenti stradali (tab. 2).

**Tab. 2: principali cause dei traumi cranio-encefalici**

Strada	74,34%
Sport	4,35%
Lavoro	4,20%
Domestico	4,20%
Suicidio	2,49%
Altro	1,24%
Aggressione	1,09%

L’età media era di 31,3 anni per gli incidenti stradali e 34,3 quello complessivo. Anche in questo caso la giovane età identifica una serie di danni secondari sulla persona e sulla società di rilevante importanza.

Il numero delle persone che sopravvivono ad un TCE è in continuo aumento nel mondo grazie ai più veloci ed efficaci sistemi di gestione del primo soccorso, al tempestivo trasporto in unità di cura specializzate e in generale ai grandi avanzamenti delle cure mediche nella fase acuta. Negli anni '70 la mortalità da TCE era molto elevata e stimata intorno al 70%; oggi è scesa circa al 30%.

I casi di TCE con residua disabilità sono 25/35 casi su 100.000/anno. Il TCE rappresenta una delle cause principali di disabilità fisica, cognitiva e psicologica a cui consegue spesso una grave limitazione della partecipazione sociale nelle persone in giovane età. Il trauma cranico grave non investe solo il soggetto colpito ma provoca profondi sconvolgimenti dell'intero nucleo familiare oltre che produrre costi molto elevati sia a carico dell'individuo che della società

La riabilitazione delle Gravi Cerebrolesioni è complessa soprattutto per i casi medio-gravi. Le alterazioni vanno da quelle neuromotorie e cognitive a quelle psicologico-comportamentali. Il recupero è lento e può estendersi nel corso degli anni. La disabilità può accompagnare il soggetto per tutta la vita e sono aumentati anche i soggetti cui residuano livelli severi di disabilità, i pazienti in stato vegetativo persistente e quelli a basso contenuto di coscienza. E' per questi pazienti, che in

Italia si registrano ancora oggi gravi carenze assistenziali sia per quanto riguarda i percorsi riabilitativi che quelli di sostegno domiciliare o in strutture protette.

### B.3) Epidemiologia delle anomalie congenite

Le statistiche indicano che nei paesi a più elevato livello di vita un terzo delle ammissioni agli ospedali pediatrici è dovuta a malattie propriamente genetiche e/o malattie con forte componente genetica, nelle quali cioè una mutazione genomica è legata causalmente ad uno specifico stato morboso (ad es.: malattie cromosomiche e mendeliane) o costituisce un fattore di suscettibilità ad una patologia complessa ad esordio neonatale, pediatrico o dell'adulto (ad es.: malformazioni congenite, malattie croniche dell'adulto, tumori, ecc.). Le condizioni di grave disabilità fisica e mentale che caratterizzano la maggior parte delle malattie genetiche ad esordio precoce (prenatale, neonatale e pediatrico) non solo colpisce la qualità della vita del paziente, ma ha pesanti ripercussioni anche sulla famiglia e la società.

Una stima dell'incidenza per mille nati vivi di malformazioni congenite, anomalie cromosomiche e malattie ereditarie è riassunta in tab. 3; sono inoltre riportati i dati di mortalità e morbilità (inabilità permanente) per questi tre gruppi di patologie, i principali interventi terapeutici e la loro efficacia.

**Tabella 3: Stima dell'incidenza e dell'esito annui delle gravidanze in Umbria per anomalie congenite**

<i>Esito delle gravidanze</i>					
<b>Categoria anomalia</b>	<b>Numero per 1000 nati vivi</b>	<b>Mortalità neonatale (%)</b>	<b>Inabilità permanente (%)</b>	<b>Trattamento efficace (%)</b>	<b>Principali necessità terapeutiche</b>
Malformazioni congenite	15,7	22	24	54	Chirurgia pediatrica
Anomalie cromosomiche	3,2	34	64	2	Sostegno sociale
Malattie ereditarie	7,0	58	31	11	Trattamento medico e sostegno
<b>Totale</b>	<b>25,9</b>	<b>29</b>	<b>28</b>	<b>43</b>	

Fonte: nostra elaborazione su dati IUMC, WHO Advisory Group on hereditary diseases e Czeizel & Sankaranarayanan.

\*Nascite totali annue in Europa = 13,6 x milione.

La regione Umbria ha attivato in questo settore sia un intervento conoscitivo tramite l'Indagine Umbra sulle Malformazioni Congenite - IUMC, partita nel 1986, sia un Servizio di Consultorio Genetico e Diagnosi Prenatale istituito nel 1991. Quest'ultimo ha operato in due principali direzioni:

- a) prevenzione delle malattie da aberrazione cromosomica, eseguendo dal 1991 ad oggi oltre 4500 esami citogenetici prenatali che hanno portato all'identificazione di 120 (2,5%) feti con cariotipo patologico. Nel solo anno 1998 sono stati diagnosticati 9 casi di S. di Down. L'efficacia di questo intervento risultava evidente già dai rilevamenti compiuti dall'IUMC nel 1996, che documentavano una riduzione della prevalenza alla nascita di S. di Down, legata alla scelta consapevole e informata di interrompere la gravidanza nella quasi totalità dei casi;
- b) consulenza nei casi/famiglie con presunta o documentata (clinicamente o laboratoristicamente) patologia genetica. Nell'ambito di questa attività, che è andata aumentando progressivamente, il Servizio Umbro, oltre a fornire prestazioni di diagnostica laboratoristica di citogenetica post.natale, ha organizzato una fitta e proficua serie di collegamenti con laboratori, italiani ed esteri, specializzati in diagnostica molecolare di malattie monogeniche di grande impatto medico e sociale (es. distrofia miotonica, distrofia muscolare di Duchenne, fibrosi cistica, ritardo mentale X-linked, corea di Huntington, idrocefalia X-linked, difetti congeniti del metabolismo, ecc.). Molte situazioni di incerta origine hanno potuto trovare così una corretta collocazione

nosografica, consentendo al genetista di identificare la modalità ed i soggetti potenzialmente a rischio di trasmettere la malattia.

Va infine ricordato che per alcune patologie congenite del metabolismo sono o saranno in breve tempo disponibili terapie sostitutive enzimatiche.

#### **B.4) Indicazione dei problemi di salute prioritari**

Sulla base dei dati epidemiologici ISTAT, dei dati preliminari dello studio regionale, dei dati derivanti dal censimento delle strutture riabilitative, d'informazioni derivanti da altri dati nazionali e internazionali, della rilevazione delle priorità delle singole aziende, considerando le specificità e le esperienze consolidate dalla tradizione d'intervento sulla disabilità in questa regione, salvaguardando le competenze acquisite, sono stati individuati i seguenti problemi di salute prioritari:

1. *disabilità evitabile da anomalie congenite;*
2. *disabilità evitabile da lesioni involontarie;*
3. *disabilità evitabile in età evolutiva;*
4. *disabilità evitabile nell'età adulta e nell'anziano*
5. *presenza di handicap abbattibili o riducibili, per i portatori di disabilità, nelle relazioni sociali, in ambito scolastico, lavorativo etc.*

Questi problemi di salute sono qui rappresentati in forma ancora generale, non essendo al momento disponibili le conoscenze epidemiologiche necessarie per misurare con precisione le situazioni di partenza a livello regionale.

#### **C) OBIETTIVI DI SALUTE**

In base allo stato attuale delle conoscenze in questo campo, il presente atto di indirizzo programmatico assume degli obiettivi di salute generale, collocandoli però all'interno di un obiettivo conoscitivo finalizzato alla acquisizione delle necessarie conoscenze epidemiologiche, come di seguito proposto:

*definire e rilevare gli outcome che consentono di valutare i risultati ottenuti nel perseguimento dei seguenti obiettivi generali di salute:*

- 1) prevenzione delle anomalie congenite
- 2) prevenzione delle lesioni involontarie e riduzione della disabilità evitabile da traumi gravi (sia midollari che cranio encefalici);
- 3) riduzione della disabilità evitabile nell'età evolutiva
- 4) riduzione della disabilità evitabile nell'età adulta e nell'anziano
- 5) abbattimento o eventuale riduzione degli handicap per i portatori di disabilità nelle relazioni sociali, in ambito scolastico, lavorativo etc.

## **D) ASSETTI ORGANIZZATIVI**

Di seguito vengono indicati, in termini di riferimenti generali per l'autonoma attività organizzativa delle aziende sanitarie, i modelli e le azioni funzionali alla soluzione dei problemi di salute prioritari ed al conseguente raggiungimento degli obiettivi di salute generali sopra definiti.

### **D.1) Potenziamento ed ulteriore qualificazione della prevenzione delle anomalie congenite**

Oltre alle azioni di prevenzione ambientale e sui luoghi di lavoro, finalizzate alla abbattimento delle esposizioni a sostanze teratogene, nel triennio di vigenza del Piano è opportuno puntare a migliorare il livello di sorveglianza delle disabilità dovute a patologia cromosomica, da attuarsi mediante la prevenzione /diagnosi citogenetica pre e post - natale).

Nel quadro della revisione della DGR del 1991 che ha istituito in Umbria il Servizio di Consultorio Genetico e Diagnosi Prenatale, già prevista nell'atto di indirizzo programmatico "Tutela della salute della donna e dell'età evolutiva", saranno previste le misure per l'adeguamento dell'offerta alle mutate conoscenze e condizioni operative, tenendo presente che per il mantenimento di standard adeguati di qualità e contenimento dei costi, il bacino di utenza deve essere di 500.000 - 1.000.000 di abitanti per il laboratorio di citogenetica e circa il doppio per quello di biologia molecolare.

### **D.2) Attivazione di percorsi riabilitativi e omogeneizzazione delle modalità di intervento nell'età evolutiva**

Si rimanda la paragrafo D.5) dell'atto di indirizzo programmatico generale "Tutela della salute della donna e dell'età evolutiva".

### **D.3) Razionalizzazione delle prestazioni ambulatoriali di Medicina Fisica e Riabilitazione e della riabilitazione territoriale**

Le prestazioni ambulatoriali specialistiche di Medicina Fisica e Riabilitazione rientrano tra quelle di tipo estensivo. Esse sono rivolte a:

- disabilità di entità contenuta di recente insorgenza e rapida risoluzione (es. traumatismi muscolo-scheletrici, esiti di interventi chirurgici, ecc.);
- disabilità post-acute a completamento del programma riabilitativo iniziato in regime di ricovero allo scopo anche di facilitare un più precoce reinserimento domiciliare;
- disabilità croniche stabilizzate (necessitanti di interventi riabilitativi di "mantenimento" o prevenzione del degrado motorio-funzionale oppure di attività educativa);
- disabilità croniche minimali (es. patologie articolari degenerative).

Le soluzioni organizzative, in questo campo, sono rivolte a far fronte ai problemi relativi alla qualità della domanda riabilitativa e della risposta assistenziale.

#### **D.3.1) Qualità della domanda riabilitativa**

**Si ritiene opportuno attivare programmi di informazione sanitaria nei confronti del MMG e di educazione sanitaria dell'utente:**

- per i MMG: fornire strumenti di conoscenza sulle varie possibilità terapeutiche della riabilitazione ambulatoriale e soprattutto sull'importanza dei più moderni approcci riabilitativi alle

patologie osteoarticolari croniche (per es. gruppi di trattamento, back school, programmi di autotrattamento a domicilio, ecc.);

- per l'utente: effettuare programmi di prevenzione delle disabilità d'interesse riabilitativo in collaborazione con gli operatori del sociale. A seconda all'età dei pazienti si potranno promuovere iniziative di prevenzione primaria (giovani) o secondaria (anziani).

#### D.3.2) Qualità della risposta assistenziale

Si ritiene opportuno definire un protocollo aziendale di valutazione e trattamento riabilitativo ambulatoriale secondo criteri uniformi di efficacia ed appropriatezza per le menomazioni/disabilità che normalmente afferiscono all'Azienda.

In particolare tale protocollo dovrà prevedere:

- per le patologie acute riabilitative: definire alcune menomazioni/disabilità più frequenti sulle quali stabilire piani di intervento di qualità attraverso procedure uniformi di valutazione e trattamento basate soprattutto sulla medicina dell'evidenza, il che permette in questa sede di non fornire l'elenco delle discipline, essendo la presenza di ognuna condizionato dalla disponibilità di solide evidenze;
- per le patologie croniche: predisporre un elenco di menomazioni/disabilità per le quali adottare una ridefinizione dell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali soprattutto di terapia fisica.

Per la disabilità transitorie e/o minimali è sufficiente la predisposizione di un programma riabilitativo a breve termine senza presa in carico del paziente da parte dell'équipe riabilitativa.

Per le altre tipologie di disabilità è necessaria la presa in carico del paziente e la predisposizione di un progetto riabilitativo organico.

Il tipo di menomazione alla base della disabilità (es. patologie neurologiche, ortopediche, respiratorie, ecc.) deve orientare specifici percorsi d'intervento e protocolli terapeutici cui si associa la necessità di coinvolgere specifiche figure professionali.

Una maggiore efficienza organizzativa può essere ottenuta istituendo i Poli Territoriali di Medicina Riabilitativa (PTMR) collegati tra di loro, con il domicilio e con le attività riabilitative ospedaliere (alta specialità riabilitativa, riabilitazione intensiva neuromotoria, riabilitazione nei reparti per acuti); essi si inseriscono nella struttura organizzativa dei Distretti.

La sede organizzativa del PTMR è posta nei DSS dell'Azienda dove può essere garantito un rapporto più ravvicinato tra l'équipe riabilitativa e gli altri operatori del territorio.

E' previsto che l'attività riabilitativa nel territorio si attui nelle seguenti sedi operative:

- Centri di Salute;
- Strutture Protette;
- Domicilio del paziente (limitatamente a programmi di adeguamento ambientale e di addestramento per le assistenze o di integrazione all'ADI).

#### **D.4) Interventi per la prevenzione delle lesioni involontarie e l'attivazione di una assistenza efficace sui traumi gravi (sia midollari che cranio encefalici)**

##### D.4.1) Prevenzione delle lesioni involontarie

La prevenzione delle lesioni involontarie è basata principalmente su:



- interventi sugli assetti territoriali ed urbanistici finalizzati a favorire l'uso di mezzi di trasporto sicuri, all'ammodernamento della rete viaria e del parco dei veicoli circolanti, alla creazione di percorsi calibrati sulle capacità e sulle specificità dei cittadini;
- interventi di educazione alla salute in ambito scolastico e non, finalizzati al miglioramento di conoscenze, atteggiamenti e comportamenti associati con l'evento "lesione involontaria" con particolare riferimento all'uso dei mezzi personali di protezione da parte di conducenti e passeggeri ed agli incidenti domestici.

Valgono ovviamente in questa sede tutte le considerazioni e gli interventi proposti nell'atto di indirizzo programmatico "Prevenzione nei luoghi di lavoro".

#### *D.4.2) Mielolesioni*

L'Unità Spinale Unipolare di Perugia ha attualmente 6 posti letto di degenza e 2 posti letto di day-hospital ed una limitata attività ambulatoriale.

Il progetto riabilitativo globale che riguarda tutti gli aspetti sanitari e sociali della vita della persona con lesione midollare necessita dell'attivazione di una rete di collegamento con le strutture territoriali per il migliore reinserimento della persona nel suo contesto socio-familiare:

- percorsi organizzativi per facilitare il proseguimento dell'iter riabilitativo;
- formazione degli operatori territoriali;
- predisposizione ed adeguamento del personale e degli spazi in funzione dell'ampliamento a 18 posti letto, da avviare nel 2000 e concludere in concomitanza con l'attivazione della nuova "stecca" prevista nel progetto edilizio del Nuovo Silvestrini (verosimilmente entro il 2001) comprendendo le strutture riabilitative (palestre, percorsi esterni, spazio di ergoterapia, piscina e spazi ricreazionali) necessarie data la lunga permanenza che questa patologia richiede.

Vanno inoltre previste:

- la formazione specifica permanente degli operatori già presenti in Unità Spinale Unipolare e dei nuovi assunti, oltre alla formazione per migliorare e affermare in modo continuativo il lavoro di équipe;
- ricerca regionale epidemiologica sulla prevalenza della mielolesione finalizzata all'individuazione di programmi di prevenzione;
- stesura di protocolli e loro validazione;
- attivazione di ricerche preliminari finalizzate alla stesura di Linee Guida sul trattamento globale della persona con lesione midollare.

#### *D.4.3) Gravi cerebrolesioni acquisite e traumi cranioencefalici*

Per i gravi traumi cranioencefalici e cerebrolesioni vascolari, infettive ed altro che abbiano comportato uno stato di coma (GCS < 8) l'intervento riabilitativo deve essere interdisciplinare e interprofessionale con programmi integrati e condivisione di obiettivi (lavoro in team).

Inoltre è fondamentale definire le linee di indirizzo sul percorso riabilitativo del grave cerebroleso attraverso protocolli integrati tra le varie strutture riabilitative e non, mettendo a punto protocolli di gestione domiciliare del pz con grave disabilità residua.

Perché i protocolli abbiano un'applicazione efficace occorre operare l'aggiornamento e l'addestramento del personale sanitario dell'Unità Gravi Cerebrolesioni Acquisite. Inoltre sarà necessaria un'attività formativa del personale dell'azienda verso altro personale regionale per alimentare l'uniformità di intervento nelle varie fasi del percorso riabilitativo regionale delle Gravi Cerebrolesioni Acquisite.

*A garanzia di un corretto intervento in rete che possa garantire percorsi adeguati per i pazienti occorrono delle integrazioni funzionali tra i poli dell'acuzie delle aziende ospedaliere e le strutture riabilitative per gravi cerebrolesioni (Terni e Trevi-Foligno). In particolare a Terni è previsto un intervento riabilitativo intensivo collegato con il reparto di neurochirurgia e presso la U.O. di Riabilitazione Intensiva Neuromotoria di Trevi (M.O. Unità Gravi Cerebrolesioni Acquisite) la fase della riabilitazione intensiva come integrazione a Terni e di riferimento per la provincia di Perugia.*

Per il trattamento di pazienti non in grado di sostenere una riabilitazione intensiva è opportuno prevedere l'istituzione di posti letto per attività di Riabilitazione Estensiva presso un presidio ospedaliero di ciascuna Azienda, prevedendo integrazioni funzionali con a completamento dell'iter riabilitativo.

Per ciascun paziente va attivato un progetto riabilitativo individuale che può prevedere una fase di riabilitazione estensiva in regime di ricovero o ambulatoriale (vedi mandato della struttura) preliminare al definitivo reinserimento al proprio domicilio o struttura assimilabile.

Il modello organizzativo della struttura è caratterizzato da:

- tutte le prestazioni debbono essere coerenti con la definizione e le verifiche del progetto riabilitativo individuale predisposto;
- il lavoro riabilitativo è strutturato per obiettivi; la durata della degenza è strettamente legata al raggiungimento di essi (di norma entro 60 giorni);
- il percorso riabilitativo deve essere registrato su cartella clinica;
- alla conclusione del programma deve esservi una valutazione formalizzata dei risultati conseguiti;
- la modalità operativa è quella del lavoro in équipe con momenti strutturati sia di verifica dei programmi riabilitativi che d'aggiornamento.

Per facilitare il rientro in comunità è opportuno prevedere collegamenti tra le strutture territoriali quelle ospedaliere, la sperimentazione di un centro orientamento professionale per il reinserimento lavorativo dei pazienti disabili e la sperimentazione d'ausili tecnologicamente avanzati a valenza regionale ed extraregionale.

Inoltre le famiglie dovrebbero avere un ruolo nel pianificare e condividere con gli operatori il progetto riabilitativo individualizzato attraverso un formalizzato coinvolgimento.

#### **D.5) Verifica della qualità del supporto assistenziale ai disabili, sia in termini di assistenza protesica che in termini di assistenza residenziale**

Sul versante dell'assistenza protesica, il D.M. n. 332 del 27/8/1999 "Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario nazionale: modalità di erogazione e tariffe" va applicato in modo da:

- superare l'inadeguatezza del sistema di tutela che il vecchio nomenclatore tariffario riusciva a garantire (insufficiente inquadramento della erogazione di un ausilio in un progetto riabilitativo, scarsa personalizzazione del servizio, gestione separata dei percorsi certificativi, prescrittivi ed assistenziali, limiti temporali, economico-finanziari ed eziologici di erogazione, mera azione di contenimento dei costi, scarsa trasparenza sulle scelte delle aziende sanitarie, etc.);
- garantire la disponibilità di prestazioni protesiche adeguate, di qualità e tecnologicamente aggiornate;
- consentire le verifiche sulla appropriatezza della spesa e sulla trasparenza e correttezza dei meccanismi allocativi .

In questa direzione è necessario prevedere:

- una gestione trasparente delle diverse fasi di applicazione collegate con il Nuovo Nomenclatore Tariffario, con presenza specifica delle componenti gestionali, professionali, delle aziende erogatrici e delle organizzazioni che tutelano il diritto alla salute dei cittadini;

- unificazione dei percorsi e dei momenti certificativi (Commissioni mediche preposte al riconoscimento dell'invalidità), prescrittivi (secondo le Linee Guida Nazionali in materia di Riabilitazione) ed assistenziali, in modo da garantire sia che l'erogazione di un ausilio e la valutazione della sua adeguatezza avvengano all'interno di un piano riabilitativo personalizzato sia che le soluzioni siano connotate in termini di flessibilità e dinamicità complessiva, garantendo risposte appropriate ed omogenee sul territorio regionale sia per le condizioni di disabilità permanente che temporanea;
- momenti e strumenti di vigilanza e monitoraggio permanente del nuovo sistema, in modo da garantirne la implementazione e da poter effettuare modifiche, ove si rivelino necessarie, in corso d'opera.

Occorre razionalizzare la prescrizione degli ausili creando un centro ausili per ogni Azienda territoriale. In questo modo sarà possibile tenere sotto controllo l'attività prescrittiva verificando anche che la prescrizione sia inserita rigorosamente nell'ambito di un progetto riabilitativo.

Su un altro versante, vanno adottate soluzioni organizzative adeguate per valutare la qualità dell'assistenza fornita, sia nella nostra regione che altrove, ai disabili cronici o post-acuti con caratteristiche cliniche che rendono impossibile il reinserimento domiciliare e che quindi usufruiscono sia di strutture residenziali o semiresidenziali, in base a quanto disposto dall'art. 26 della legge 833/78, sia di residenze sanitarie assistenziali, così come già previsto nell'Atto di indirizzo programmatico "Tutela della Salute degli anziani".

#### **D.6) Attivazione del Dipartimento di riabilitazione**

Per una efficiente gestione dei percorsi riabilitativi efficaci (di cui al successivo capitolo E) viene qui proposto il modello organizzativo del Dipartimento della Riabilitazione in modo da creare una rete integrata di servizi con omogeneità di intervento evitando inutili duplicazioni.

Il Dipartimento di Riabilitazione è una struttura organizzativa di II livello che aggrega servizi e blocchi funzionali che agiscono su aree omogenee di intervento riabilitativo .

La sua missione è coordinare ed integrare tutte le attività e le diverse professionalità che intervengono nella riabilitazione creando percorsi riabilitativi basati su criteri di unitarietà, tempestività, efficacia ed appropriatezza.

La tipologia di riferimento è quella del dipartimento transmurale. Quindi, analogamente al Dipartimento materno - infantile, esso gestisce direttamente i servizi dedicati presenti a livello ospedaliero, mentre cura l'integrazione funzionale dei servizi riabilitativi collocati a livello distrettuale, la cui gestione spetta al distretto. A questo livello, il Dipartimento può avere una articolazione funzionale in Poli Territoriali di Medicina Riabilitativa (PTMR), dove opera l'équipe riabilitativa in stretto rapporto con il Medico di Medicina Generale (MMG) ed il medico responsabile di Distretto.

Con riferimento alla distinzione sopra operata, esso si occupa delle funzioni previste dal PSR per i dipartimenti a carattere organizzativo e funzionale, qualificandosi, tra l'altro nello svolgimento delle attività previste nel presente atto nei paragrafi E, F, G.

Il dipartimento della riabilitazione cura altresì l'integrazione con il servizio previsto dall'art. 9 della legge 3/98, che fornisce ai Terapisti della Riabilitazione una autonoma cornice organizzativa per quanto riguarda gli aspetti professionali sostanziando un'adeguata rappresentanza in seno al Consiglio di Dipartimento.

## **D.7) Attivazione di interventi efficaci per l'abbattimento/riduzione degli handicap per i portatori di disabilità nelle relazioni sociali, in ambito scolastico, lavorativo, etc.**

Con riferimento alle azioni efficaci per la riduzione e l'azzeramento dei livelli d'esclusione sociale delle persone con disabilità, la Regione dell'Umbria ha approvato la Legge 3 del 25 gennaio 1997 "Riorganizzazione della rete di protezione sociale regionale e riordino delle funzioni socio-assistenziali" e conseguentemente è in via d'approvazione il Piano Sociale Regionale, quale strumento applicativo della sopra richiamata legge.

In ambito nazionale la legislazione in materia di disabilità ha avuto inoltre un impulso particolare con l'approvazione della legge 104/92, la quale, essendo relativa all'integrazione sociale, scolastica e lavorativa delle persone con handicap, imposta il problema dell'inclusione sociale in maniera articolata.

Perciò, la legge quadro sull'handicap, che doveva rappresentare il riordino della delicata e complessa materia al fine di garantire l'effettivo inserimento sociale, scolastico e lavorativo per assicurare il raggiungimento della massima autonomia possibile delle singole persone con handicap, per essere pienamente attuata, abbisogna di una funzionale forma d'aggregazione fra i vari soggetti chiamati in causa.

La Regione dell'Umbria ha deciso di dare attuazione alla Legge 104/92 non attraverso una legge regionale specifica, bensì individuando gli ambiti applicativi anche attraverso l'attuazione della Legge Regionale 3/97 e il Piano Sociale in via di definizione.

In particolare è stata elaborata, da un gruppo regionale istituito con delibera 8092 del 13.11.96, la "Linea guida regionale per l'applicazione della Legge 104/92 per gli ambiti di competenza delle Aziende USL", DGR 3811/98.

Si richiama inoltre l'articolo 23 della Legge Regionale 3/97 "Azioni per l'assistenza ai disabili"; l'articolo 24 "Interventi per l'assistenza, l'integrazione sociale ed i diritti delle persone disabili"; l'articolo 28 comma 4; l'articolo 31 "attribuzione funzionale alle Aziende USL delle attività sociali a rilievo sanitario".

Un punto essenziale, nel processo di superamento degli ostacoli per il pieno recupero delle persone con disabilità alla vita sociale, è la concreta attuazione dell'integrazione fra i servizi sanitari e quelli sociali.

Quest'interpretazione trova piena attuazione nella filosofia affrontata dal Piano Sociale Regionale, dove nel Capitolo sette sono enunciati i concetti e le strategie per la piena integrazione socio-sanitaria dei servizi che si occupano anche delle persone con disabilità.

In particolare nel Capitolo 7.1 sono definite le aree ad elevata integrazione socio-sanitaria.

Sempre all'interno del Piano Sociale, nel Capitolo 4 "la rete dei servizi essenziali per ogni ambito territoriale" sono elencati una serie di servizi da istituire per persone con disabilità grave e gravissima.

Inoltre nel Capitolo 11 si parla di "progetti innovativi da sperimentare" e al Capitolo 11.2 punto h di "Interventi per favorire l'autonomia e la mobilità delle persone disabili".

Si ritiene pertanto indispensabile, per garantire un reale inserimento sociale delle persone con disabilità, la piena attuazione della normativa esistente privilegiando tutte quelle azioni sinergiche che ne favoriscono, dove possibile, la loro autonomia ed indipendenza.

## **E) SISTEMI OPERATIVI PER L'EFFICACIA: LINEE GUIDA**

E' evidente una sostanziale variabilità di comportamento nella pratica clinica nei servizi umbri in relazione alla gestione di condizioni simili, con presenza, in alcuni casi, di inappropriately nelle decisioni diagnostiche e terapeutiche e con importanti implicazioni etiche e di equità per la mancanza di eguaglianza assistenziale.

Da quanto sopra emerge la necessità di uniformare sul territorio regionale le procedure di accesso

ed i percorsi per le prestazioni previste nel presente atto di indirizzo. Si tratta in sostanza di condividere le strategie più opportune per garantire uniformità di trattamento, qualità degli interventi ed equità per tutti i cittadini, aprendo spazio all'aggiornamento professionale nonché alla sperimentazione clinica.

Le linee guida in materia sono ormai abbondanti e continuano a proliferare; si tratta ora di programmare un momento di messa in comune, di loro approvazione e di diffusione di tali materiali, prevedendo le modalità per calarli concretamente nella realtà regionale.

Nell'arco del triennio si intende con la creazione ed applicazione di linee guida, protocolli e altre modalità di raccordo interprofessionale, che andranno valutati in termini di risultati ottenuti:

- ridurre la probabilità che uno stesso paziente possa ricevere trattamenti diversi in funzione non del proprio problema clinico, ma del luogo presso il quale è assistito;
- escludere dai livelli di assistenza finanziati le prestazioni che non soddisfano il principio di efficacia dimostrata con evidenze scientifiche disponibili;
- escludere gli interventi che non rispondono al principio dell'efficienza produttiva;
- escludere gli interventi che non soddisfano i bisogni primari di salute;
- migliorare l'appropriatezza del livello assistenziale di erogazione degli interventi.

La Regione validerà le Linee guida in base ai seguenti criteri:

- rigorosa documentazione delle evidenze di efficacia;
- bilanciamento delle competenze presenti in sede di elaborazione delle linee guida: essendo noto che le strategie in sanità derivano da pressioni di singoli gruppi di professionisti o di specifiche società professionali, è opportuno che nella stesura delle stesse (o come criterio di verifica in sede di loro recepimento) siano valorizzate maggiormente quelle che derivano da apporti multiprofessionali e che hanno previsto negli staff di lavoro la presenza di epidemiologi, medici di sanità pubblica ed economisti sanitari;
- sostenibilità economica delle proposte: al di fuori di qualsiasi logica incrementale, una buona linea guida, deve indicare oltre alle cose da fare, anche quelle da non fare più, perché obsolete o di dimostrata inefficacia;
- accurata previsione delle modalità di applicazione ed implementazione;
- parallela definizione della base formativa necessaria per la "manutenzione" delle conoscenze e capacità professionali, attraverso opportuni interventi formativi, in modo tale da elevare la preparazione media dei professionisti e metterli nelle condizioni di partecipare attivamente e di poter recepire, in piena consapevolezza le indicazioni proposte dalle linee guida.

## **F) SISTEMI OPERATIVI PER L'APPROPRIATEZZA GESTIONALE**

### **F.1) Attribuzione e gestione delle risorse**

I fondi finalizzati alla realizzazione del presente Atto di indirizzo programmatico, che consistono in circa 700 milioni per ciascuna delle annualità 2000 e 2001, saranno attribuiti alle Aziende USL in sede di riparto dei fondi per il 2000 e per il 2001 in base alla popolazione residente.

La loro utilizzazione dovrà essere finalizzata alla realizzazione dei piani di attività aziendali.

Su un altro versante, la regione si impegna a verificare la remuneratività delle tariffe previste per le attività di riabilitazione dei cerebrolesi e delle altre attività previste nel presente atto.

### **F.2) Sistemi di contabilità**

Le aziende sanitarie e l'Assessorato, avvalendosi dei sistemi di contabilità economico patrimoniale ed analitica, determinano i costi attribuibili ai servizi chiamati a realizzare il presente atto di

indirizzo, in modo da poter effettuare analisi costi efficacia e costi efficienza e comparazioni tra servizi regionali e/o di altre regioni.

### **F.3) Valutazione di processo e di esito**

L'erogazione dei fondi 2001 sarà subordinata alla verifica della effettiva realizzazione degli interventi previsti dalle Aziende nei programmi attuativi, da parte dell'apposito Gruppo di Lavoro (composto da delegati delle Direzioni aziendali) regionale che si occuperà della verifica di processo e di risultato del presente Atto di indirizzo, secondo gli obiettivi prefissati e le scadenze temporali definite.

Sarà inoltre attivato un tavolo di consultazione a cadenza almeno annuale con le organizzazioni degli utenti per la verifica della accessibilità dei servizi e della percorribilità delle soluzioni assistenziali qui proposte.

### **F.4) Accredimento strutturale e professionale e formazione continua**

In base anche alla normativa nazionale, i centri umbri dovranno essere accreditati nei tempi indicati e secondo le modalità previste.

Tutti i servizi dovranno, secondo standard nazionali e internazionali ormai condivisi ma che nell'ottica di quanto detto sopra andrebbero organicamente riproposti in modo unico e condiviso, rispondere ad precisi requisiti di attività e di dotazioni e soprattutto di formazione ed aggiornamento del personale, per garantire qualità e appropriatezza di prestazioni. Tali programmi dovranno essere previsti nei Piani attuativi delle aziende ed anche a livello regionale, per tutte le figure professionali coinvolte.

In questa direzione, la competente struttura dell'Assessorato si avvarrà del Gruppo di lavoro previsto nel paragrafo F.3.

### **F.5) Supporti conoscitivi: epidemiologia, sistema informativo, ricerca**

#### **F.5.1) Sorveglianza epidemiologica**

L'acquisizione delle informazioni epidemiologiche necessarie per valutare l'impatto sulla salute degli umbri di quanto previsto in questa sede richiede i seguenti impegni:

- anomalie congenite: continuazione delle attività del Registro sulle malformazioni congenite e suo collegamento con il Servizio di Consultorio Genetico e Diagnosi Prenatale e con tutti i punti nascita presenti in Umbria;
- lesioni intenzionali: attivazione, nel quadro del sistema di sorveglianza e intervento sui rischi comportamentali nei giovani (vedi atto di indirizzo "Lotta all'AIDS") della prevista rilevazione triennale sulla prevalenza dei comportamenti a rischio per lesioni intenzionali nei giovani, conformemente alle indicazioni previste dal CDC di Atlanta per BRFSS (Behavioral Risk Factor Surveillance System).

Possono essere inoltre realizzati indagini ad hoc e ricerche volte a stimare prevalenza ed incidenza di specifiche patologie per le quali vi sia evidenza di efficacia.

### F.5.2) Sistema informativo

Il sistema informativo provvederà ad integrare le informazioni fornite la Ministero con quelle individuate come indispensabili per il monitoraggio delle attività in base alla già citata (Paragrafo A.3) indagine sulle attività riabilitative in Umbria.

### F.5.3) Ricerca finalizzata

La ricerca finalizzata regionale verterà, per l'anno 2000 sul tema della validazione dell'efficacia (tramite metaanalisi) di procedure preventive e riabilitative finalizzate alla riduzione della disabilità, mentre nell'anno 2001 verterà sul tema della valutazione di qualità dei servizi previsti nel presente atto.

## **G) MANUTENZIONE DEI CLIMI ORGANIZZATIVI E GESTIONE DEI RUOLI ESTERNI**

Per garantire risultati in termini di efficacia e di qualità delle prestazioni, i singoli professionisti si devono sentire coinvolti a pieno titolo nella organizzazione del lavoro, responsabili delle proprie azioni e motivati nel perseguimento di obiettivi di qualità da raggiungere, non in termini individualistici, ma con un forte senso di lavoro di gruppo, di integrazione e di partecipazione alle scelte programmatiche.

### G.1) Clima interno

E' indispensabile prevedere:

- possibilità di scambi di opinioni con tutti i professionisti, gli operatori sanitari e amministrativi coinvolti nei vari processi di assistenza o di organizzazione dei servizi e attività;
- che le rappresentanze delle professionalità partecipino ai momenti formali consultivi e decisionali (Consigli di Dipartimento, riunioni di servizio, ecc.);
- sistemi premianti che motivino gli operatori;
- diffusione e piena disponibilità dell'informazione scientifica accreditata nell'ambito di un processo di VRQ e miglioramento continuo di qualità.

### G.2) Ruoli esterni

Presupposto basilare per il raggiungimento completo degli obiettivi di questo atto di indirizzo è il coinvolgimento e la completa integrazione delle varie figure professionali coinvolte del mondo sanitario, del mondo sociale, ma anche delle associazioni di volontariato, del terzo settore e di tutte le figure che a vario titolo e a vario livello possono aiutare al raggiungimento degli obiettivi di salute prefissati.

All'interno dell'atto di volta in volta sono stati indicate le figure chiave e gli organismi da coinvolgere a pieno titolo nella fase di progettazione e di realizzazione delle attività, facendo nel contempo chiarezza sulla delimitazione delle specifiche aree di intervento, nel rispetto preciso dei ruoli e delle competenze.

## **H) CALENDARIO DEGLI IMPEGNI PER IL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PIANO**

1) Entro il primo anno:

- definizione della programmazione attuativa aziendale;
- rassegna delle evidenze e delle linee guida disponibili;
- definizione degli indicatori di esito;
- convocazione di una conferenza regionale sui servizi di riabilitazione.

2) Entro il secondo anno:

- attivazione dei programmi attuativi aziendali e dei piani di formazione;
- validazione delle linee guida a livello regionale;
- riorganizzazione del registro IUMC e di eventuali altri flussi informativi ai fini delle valutazioni di esito;

3) Entro il terzo anno:

- verifica della qualità dei servizi attivati;
- attuazione dei programmi attuativi e dei piani di formazione;
- adozione delle linee guida validate a livello regionale;
- prime valutazioni di esito.

### **5.2.9 LOTTA ALLE CARDIO E CEREBROVASCULOPATIE**

#### **A) CORNICE**

Le malattie cardiocerebrovascolari sono al primo posto fra le cause di morte e sono causa frequente di morbosità e di invalidità in tutto il mondo. In Europa e nell'America del Nord sono responsabili di circa il 50% della mortalità, contro il 20% dei paesi asiatici ed africani.

Secondo i dati ISTAT (annuario statistico italiano 1996) le patologie cardiocerebrovascolari hanno causato il 43,6% dei decessi, con differenze tra le varie aree geografiche (45,9% nell'Italia meridionale contro il 42,6% nell'Italia settentrionale).

Nel quadro internazionale, il nostro paese si colloca su valori intermedi tra quelli della Francia e di altri paesi del Mediterraneo, dove morbosità e mortalità sono minori, e quelli del Nord America e dei paesi nord-europei (in Scozia la mortalità annuale per queste patologie è più che doppia rispetto a quella osservata in Italia).

In termini di andamenti temporali, nella maggior parte dei paesi industrializzati si sta verificando una significativa riduzione della mortalità per queste cause, soprattutto nelle età inferiori ai 75 anni, dovuta alla attenzione crescente dedicata alle misure di prevenzione primaria, oltre che al miglioramento delle strategie terapeutiche e alla introduzione di nuove procedure interventistiche. Anche in Italia i trend dimostrano un calo della mortalità per malattie cardio e cerebrovascolari sotto i 75 anni.

In termini assoluti invece si assiste ad un sostanziale mantenimento del numero complessivo degli infarti e degli ictus con posticipazione degli eventi sopra i 75 anni, per effetto della più lunga sopravvivenza.

Sono stati considerati fattori basilari di questo processo:

- la diminuzione dell'abitudine fumatoria dovuta a politiche sanitarie disincentivanti dopo la dimostrazione della associazione tra abitudine fumatoria e insorgenza di cancro e di patologie cardiovascolari;



- il controllo della pressione arteriosa e soprattutto l'aumento degli ipertesi sotto trattamento;
- la diminuzione dei livelli di colesterolemia;
- i cambiamenti delle abitudini alimentari, in particolar modo la limitazione nell'uso di grassi saturi e colesterolo;
- i progressi nella diagnostica e nel trattamento delle patologie cardiologiche e degli ictus, incluso il trattamento dell'ipertensione e della ipercolesterolemia, nella organizzazione di servizi di emergenza per infarto, coronaropatie e ictus, con l'ausilio di personale altamente specializzato e qualificato.

In questo settore nosologico le patologie che richiedono un controllo attento sia dell'organizzazione sanitaria che della spesa sanitaria sono rappresentate da:

- cardiopatia ischemica;
- scompenso cardiaco;
- aritmie e la morte improvvisa;
- vasculopatia extracoronarica;
- ictus.

Per tutte queste patologie è opportuno attivare, oltre ai fondamentali programmi di prevenzione primaria, anche quelli più strettamente clinici di prevenzione secondaria, di trattamento acuto, di riabilitazione, di follow up, con momenti differenziati di stretta integrazione del territorio con l'Ospedale di riferimento e prevedendo la massima collaborazione tra Aziende Ospedaliere, tenendo presente che gli interventi preventivi presentano il miglior rapporto costo efficacia e che le strutture assistenziali implicano per un loro corretto funzionamento, investimenti consistenti di risorse.

## B) PROBLEMI DI SALUTE

*Sono stati individuati, come prioritari per il triennio, i seguenti problemi di salute:*

1. *Mancata acquisizione dei guadagni di salute consentiti da interventi di prevenzione primaria e secondaria sui fattori di rischio noti, modificabili e ad impatto sanitario provato per le malattie cardio e cerebro vascolari.*

**La conoscenza dell'eziologia e dei determinanti della cardiopatia ischemica e dell'ictus ha ricevuto una grande spinta negli ultimi 50 anni.**

**Diversi studi controllati hanno dimostrato l'importanza del controllo lipidico nella riduzione degli episodi infartuali in prevenzione primaria e delle recidive in prevenzione secondaria, ed hanno confermato il ruolo di alcuni consolidati interventi antiipertensivi nella prevenzione degli eventi cerebrovascolari ed, in misura minore, coronarici.**

**La identificazione dei fattori di rischio, la definizione del loro potere predittivo e la dimostrazione dell'ipotesi della reversibilità del rischio hanno permesso di definire gli elementi chiave di un corretto stile di vita per la prevenzione degli eventi vascolari aterosclerotici (sana alimentazione, lotta al fumo di sigaretta, attività fisica) aprendo la porta a diverse strategie di prevenzione primaria e secondaria, basate su:**

- Interventi di popolazione allo scopo di prevenire l'insorgenza dei fattori di rischio nei bambini e nei giovani adulti e di modificare in modo sistematico i livelli dei fattori di rischio nella popolazione;
- interventi individuali al fine di intervenire drasticamente sui livelli dei fattori di rischio in soggetti a rischio elevato.

2. *Presenza di ritardi evitabili e di trattamenti non appropriati e disomogenei nella gestione delle cardiopatie ischemiche e dello scompenso cardiaco.*

La cardiopatia ischemica rappresenta il problema di salute quantitativamente più rilevante, nonostante ci sia stato un declino significativo della mortalità a partire dal 1970. Secondo le stime

derivate dal Progetto MONICA (Monitoring of cardiovascular diseases), lanciato dall'OMS, per le aree italiane coinvolte (Monza, Brianza, Friuli e Latina) ogni anno nel nostro Paese 160.000 persone sono colpite da attacco cardiaco/infarto miocardico, con una stima di circa 2.300 eventi in Umbria. Di questi 1 su 4 non sopravvive, e in più della metà dei casi la morte sopraggiunge prima dell'arrivo in ospedale, in circa il 50% dei casi come morte improvvisa (entro un ora) o addirittura istantanea.

Su un altro versante bisogna fornire ulteriori supporti ai pazienti con scompenso cardiaco cronico, al fine di favorire la stabilizzazione delle condizioni cliniche e contrastarne l'aggravamento.

Vanno quindi superate alcune disfunzioni che comportano ritardi negli interventi nella fase acuta e difformità di approcci e trattamenti per le cardiopatie ischemiche a livello ospedaliero e supportare la gestione dei pazienti con scompenso cardiaco a livello di territorio da parte dei medici di medicina generale in modo da garantire a tutti i pazienti una alta qualità dell'assistenza.

### *3. Presenza nei casi di ictus di ritardi evitabili e di trattamenti non appropriati e disomogenei.*

L'ictus è la più frequente patologia neurologica causa di ricovero e consuma il 4-6% della spesa sanitaria. Nei paesi occidentali l'ictus è la prima causa di disabilità e la seconda causa di morte. La media annuale degli eventi cerebrovascolari maggiori monitorati dal suddetto progetto MONICA standardizzati per età (25-74 anni) è risultata pari a 235 per 100.000 negli uomini e 166 nelle donne. Per quanto riguarda la letalità, circa il 20% dei pazienti decede nel primo mese successivo all'evento.

Dai dati disponibili (studio SEPIVAC, proiezioni di incidenza e prognosi, review degli studi community based italiani) l'incidenza attesa dello stroke (primo Ictus, TIA incidente e recidivo) in Umbria si attesta intorno al valore del 2.5/1000 per anno con circa 2077 eventi stimati all'anno, di cui circa 1500-1600 (stimando in almeno il 25% la somma dei decessi immediati e dei casi di TIA che possono essere trattati in regime di day-hospital) rappresenta la media dei casi che nel triennio di vigenza del piano impegnano annualmente le strutture di degenza.

E' indispensabile puntare sulla definizione e condivisione di percorsi preventivi, diagnostici, terapeutici e riabilitativi fondati sulla Evidence Based Medicine, uniformandoli per tutti i pazienti che afferiscono alle strutture della Regione, riducendo nel contempo il ritardo evitabile alle cure, quest'ultimo presupposto base per il corretto trattamento del paziente.

### *4. Presenza di ritardi evitabili e di trattamenti non appropriati e disomogenei nella gestione delle stenosi carotidee, aneurismi dell'aorta addominale e delle arteriopatie periferiche.*

Dai dati disponibili (studio NASCET) l'intervento di endoarterectomia carotidea (EAC) permette una riduzione del rischio di stroke a due anni pari al 17% nei pazienti con stenosi carotidea severa sintomatica ed al 7% in quelli con stenosi moderata sintomatica. Sulla stima di incidenza dello stroke in Umbria sopraformulata, la metà dei quali causati da stenosi carotidea, è possibile prevedere con l'endoarterectomia carotidea una riduzione di 143-353 nuovi stroke ogni due anni (72-146 eventi all'anno). E' stimabile poter ottenere questa riduzione con un minimo di 870 ed un massimo di 4.942 interventi di EAC in due anni (Number Need to Treat, NNT a due anni = 6 e 14).

Lo screening ecografico dell'aorta addominale su popolazione anziana ed il successivo trattamento chirurgico precoce può ridurre del 55% il rischio di rottura dell'aneurisma dell'aorta addominale. Sui dati di una prevalenza in Umbria di 6.500 – 11.000 casi di aneurisma dell'aorta addominale è possibile prevedere con il trattamento chirurgico una riduzione di 3.575 – 6.050 casi di rottura e quindi una riduzione di 3.217 – 5.445 morti (il 90% dei pazienti con aneurisma rotto muoiono).

In base ad una prevalenza stimata in Umbria di circa 1.200 – 2.400 pazienti con ischemia critica (il 30% dei 4.000 – 8.000 casi di vasculopatia periferica totali) si prevedono 660 – 1.320 interventi di amputazione (il 55% dei casi se non trattati). Con la rivascolarizzazione è stimabile una riduzione del 15 – 32% pari a 92 – 422 casi di amputazione previsti.

## **C) OBIETTIVI DI SALUTE**

### **C.1) Acquisire i guadagni di salute consentiti da interventi di prevenzione primaria e secondaria dei fattori di rischio noti, modificabili e ad impatto sanitario provato.**

- Tutti quelli riportati sul PSR;
- ridurre l'incidenza di malattie ischemiche del cuore nella popolazione sotto i 65 anni di almeno il 40% per l'anno 2005;
- ridurre l'incidenza dell'ictus nella popolazione sotto i 65 anni di almeno il 40% per l'anno 2005.

### **C.2) Ridurre i ritardi evitabili ed i trattamenti non appropriati nella gestione delle cardiopatie ischemiche e dello scompenso cardiaco.**

- Ridurre la mortalità per malattie ischemiche del cuore per la popolazione di età 65-74, di almeno il 30% per l'anno 2005;
- ridurre la letalità per infarto miocardico acuto di almeno il 10% entro l'anno 2005;
- migliorare la qualità della vita del paziente affetto da patologie cardiovascolari.

### **C.3) Ridurre la disabilità evitabile ed i trattamenti non appropriati nei casi di ictus.**

- Ridurre la mortalità per ictus per la popolazione di età 65-74, di almeno il 40% per l'anno 2005;
- ridurre la disabilità nel rientro a domicilio di almeno il 5% entro il 2005 nei pazienti di tutte le età;
- migliorare la qualità della vita del paziente affetto da patologie cerebrovascolari.

## **D) ASSETTI ORGANIZZATIVI GENERALI**

Fatte salve le ulteriori modifiche della normativa regionale conseguenti al varo della legge 229/99, si forniscono alle aziende sanitarie i seguenti riferimenti organizzativi generali, al fine di garantire, ai cittadini umbri, uniformità e qualità degli interventi per la lotta alle cardio e cerebro vasculopatie.

### **D.1) Prevenzione primaria e secondaria delle cardio e cerebro vasculopatie.**

Il Piano Sanitario Nazionale 1998/2000 ha messo in rilievo l'importanza della prevenzione primaria legata agli stili di vita per il controllo della salute della popolazione, ponendo una serie di obiettivi che sono stati recepiti anche dalla nostra Regione e che sono perseguibili solo con interventi di gestione integrata tra i vari settori e livelli delle istituzioni, con gli operatori sanitari, i cittadini e le organizzazioni sociali del territorio, impegnando la collettività in un patto di solidarietà per la salute.

I risultati di salute non dipendono infatti solo dalla qualità tecnica delle prestazioni, ma trovano radici più profonde nella responsabilizzazione dei soggetti coinvolti e nella loro capacità di collaborare.

Dal punto di vista epidemiologico le patologie qui considerate impongono interventi di prevenzione sia primaria, rivolta ad impedire l'insorgenza di nuovi eventi patologici, sia secondaria, rivolta a diagnosticare precocemente nell'individuo o in gruppi di popolazione i segni premonitori o di individuare un problema di salute nell'intento di arrestare o ritardare la comparsa dell'evento

patologico. Per le malattie cardiovascolari, numerosi studi confermano il ruolo causale di diversi fattori di rischio: da qui la necessità di promuovere azioni di prevenzione.

#### *D.1.1) La prevenzione primaria*

La prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari svolge un ruolo decisivo nella riduzione e nel controllo dei fattori di rischio correlati con lo stile di vita delle popolazioni e dei soggetti portatori di elevati livelli di rischio per malattie cardiovascolari ed incide in maniera significativa sulla riduzione della morbilità e sulla mortalità.

Gli interventi di educazione sanitaria a livello collettivo rivolti alla popolazione generale, alla scuola, alla famiglia, oltre che agli operatori del mondo economico-produttivo e dell'associazionismo cointeressati, devono essere volti ad evitare l'assunzione dei seguenti comportamenti a rischio: diete aterogene, tabagismo ed inattività fisica, ed eventualmente alla correzione degli stessi come sotto specificato.

Per quanto riguarda la riduzione del danno di specifici aspetti si rimanda all'atto programmatico "Riduzione del danno da dipendenze" allegato al PSR 1999-2001.

- Alimentazione

**Obiettivi:**

- Ridurre l'energia derivante dai grassi ad una quota (dell'apporto calorico quotidiano) compresa tra il 15 e il 30%.
- Ridurre la quota di energia (dell'apporto calorico quotidiano) derivante dai grassi saturi ad almeno il 10%.
- Aumentare l'energia derivante dai carboidrati ad una quota (dell'apporto calorico quotidiano) compresa tra il 55% e il 75%.
- Ridurre la quota di energia (dell'apporto calorico quotidiano) derivante dallo zucchero ad almeno il 10%.
- Ridurre la quantità quotidiana di sale da cucina consumato ad almeno 6 grammi.
- Ridurre la prevalenza di individui obesi del 25% per gli uomini e del 30% per le donne.

**Azioni:**

*I produttori, gli addetti alle manipolazioni e i venditori:*  
Aumentano la varietà e la disponibilità sul mercato di cibi a più basso contenuto di acidi grassi saturi, grassi totali e sodio rispetto a quelli correnti  
Offrono approvvigionamenti adeguati e facilmente accessibili di prodotti ricchi di amido e di fibre.  
Sviluppano convincenti azioni di marketing per favorire la scelta di cibi sani.

*Le catene di distribuzione alimentare e le mense:*  
Offrono menù che rendono capaci e/o incoraggiano la gente a scegliere diete sane.  
Identificano modelli per una sana distribuzione alimentare e li diffondono nelle catene di distribuzione.  
Assicurano una adeguata educazione e formazione nutrizionale del personale

*Le USL:*  
Assicurano una adeguata educazione e formazione nutrizionale di tutto il personale deputato ad attività alimentare  
Assicurano consulenze nutrizionali di alto profilo nel settore dell'educazione alla salute  
Sfruttano al meglio tutte le opportunità per educare la gente ad una sana alimentazione

Coinvolgono tutti gli operatori che intervengono nel campo degli alimenti sulla base di programmi integrati.

- Fumo

**Obiettivi:** Ridurre, entro l'anno 2005, del 50% il numero dei fumatori maschi di età superiore a 14 anni e del 20% il numero delle fumatrici, sempre per la stessa età.  
Ridurre il consumo di sigarette di almeno il 40% per l'anno 2005.  
Almeno il 33% delle donne fumatrici deve smettere di fumare all'inizio della loro gravidanza per l'anno 2001.

**Azioni:** Counselling per disassuefazione al fumo rivolto dai medici di base ai propri assistiti fumatori.  
Counselling per disassuefazione al fumo rivolto dai medici ospedalieri ai fumatori con approcci differenziati nelle corsie e negli ambulatori.  
Corsi di gruppo per smettere di fumare organizzati per la popolazione sul livello distrettuale.  
Interventi di sensibilizzazione degli operatori socio-sanitari sul ruolo esemplare del personale e dei servizi nei confronti del fumo.  
Corsi di gruppo per smettere di fumare destinato ad operatori sanitari.  
Connotazione dei servizi socio-sanitari come "spazi senza fumo".

- Attività fisica

**Obiettivi:** Aumentare del 50% la prevalenza di individui che praticano regolarmente attività fisica sportiva nel tempo libero.  
Aumentare di almeno il 50% la prevalenza di anziani che praticano regolarmente attività fisico-sportiva nel tempo libero.

**Azioni:** *I Comuni:*  
Creano maggiori opportunità di svolgere attività fisica attraverso la predisposizione di spazi adeguatamente attrezzati.  
Attivano corsi dedicati a favorire l'attività fisica di specifici gruppi di popolazione.  
*La scuola:*  
Promuove la consapevolezza dell'importanza della corretta attività fisica e sportiva in collaborazione con gli Enti Locali.

#### *D.1.2) La prevenzione secondaria*

Le strategie di prevenzione secondaria sono rivolte alla gestione di pazienti a rischio in quanto affetti da condizioni patologiche di base note che prefigurano un rischio noto ed evitabile di evoluzione in patologia cardio e cerebro vascolare o per pazienti già colpiti da patologia cardio e cerebro vascolari, attraverso specifici interventi volti alla acquisizione di stili di vita corretti e alla correzione di fattori di rischio cardio e cerebro vascolari.

Nell'azione preventiva individuale vanno riconosciute le seguenti priorità:

- soggetti con cardiopatia ischemica clinicamente manifesta o altre malattie vascolari aterosclerotiche;
- soggetti asintomatici a rischio elevato (ipertesi, pz con ipercolesterolemia grave o altre forme di dislipidemia, diabetici, soggetti con più di un fattore di rischio);
- soggetti con fibrillazione atriale.

### *D.1.3.) I soggetti coinvolti nella prevenzione*

- La Regione è chiamata a:
  - attuare l'azione programmata per l'obiettivo I del PSR sugli stili di vita anche tramite interventi intersettoriali;
  - potenziare, attraverso interventi mirati di formazione, il ruolo preventivo di medici di medicina generale, di pediatri di libera scelta e di medici dei Distretti;
  - attivare ricerca finalizzata anche sui temi della prevenzione delle malattie cardio e cerebrovascolari;
  - informare ed educare la popolazione sulla prevenzione dei fattori di rischio delle malattie cardio e cerebrovascolari, anche con la collaborazione dell'Agenzia SEDES;
  - orientare le strategie produttive del mondo economico agli obiettivi di prevenzione del PSR.
  
- Le Aziende Ospedaliere sono chiamate a:
  - assicurare la partecipazione degli specialisti competenti in materia a programmi condivisi di prevenzione, concordati con le Aziende territoriali;
  - assicurare l'informazione dei soggetti a rischio;
  - realizzare ambienti ospedalieri senza fumo;
  - garantire adeguato supporto alle rilevazioni epidemiologiche attivate a livello regionale.
  
- Le Aziende USL:
  - inserire l'azione programmata rivolta alla prevenzione delle malattie cardio e cerebrovascolari nella programmazione attuativa locale e controllarne l'applicazione, in collaborazione con le figure professionali coinvolte;
  - garantire la partecipazione dei presidi ospedalieri alle attività previste nel presente progetto;
  - coinvolgere le Associazioni di volontariato nelle attività di prevenzione collettiva, sulla base di programmi e convenzioni, chiamandoli ad una collaborazione con i distretti;
  - valorizzare il ruolo ed i compiti dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti nelle attività di prevenzione primaria e secondaria;
  - destinare adeguati investimenti per la informazione e l'educazione alla salute della popolazione e per la formazione degli operatori sanitari coinvolti sui programmi di prevenzione primaria e secondaria;
  - supportare adeguatamente le attività epidemiologiche di livello regionale.
  
- I Distretti Sanitari sono chiamati a:
  - assicurare il coordinamento delle attività di prevenzione e di integrazione dei livelli di base;
  - promuovere la continuità assistenziale tra i diversi livelli, razionalizzando il ricorso all'ospedalizzazione in collaborazione con medici di medicina generale e specialisti;
  - partecipare alla stesura e realizzazione dei programmi di educazione sanitaria rivolti a modificare lo stile di vita di pazienti a rischio e dei familiari in collaborazione con i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli specialisti;
  - collaborare alle attività epidemiologiche di livello regionale.
  
- I Dipartimenti di prevenzione sono chiamati a:
  - attivare e sviluppare le attività di competenza, con particolare riferimento a quelle del Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione, per la riduzione dei rischi connessi con le attività di ristorazione collettiva ed a quelle dei Servizi Veterinari per la riduzione dei rischi derivanti dagli alimenti di origine animale.

- I medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali sono chiamati a:
  - impegnarsi nella prevenzione primaria e secondaria, educando e correggendo comportamenti scorretti della popolazione a rischio, in base a interventi personalizzati, e della popolazione generale in base ai programmi di promozione della salute;
  - partecipare all'azione educativa promossa a livello locale dal distretto sanitario;
  - collaborare con il distretto nella definizione e realizzazione dei programmi di prevenzione rivolti a sottogruppi di popolazione (fumatori, ipertesi, dislipidemici, obesi e loro familiari).
  
- Le associazioni di volontariato:
  - supportare, nell'ambito di programmi e convenzioni, le attività di prevenzione sanitaria collettiva della Azienda Sanitaria Locale e delle Aziende Ospedaliere.
  
- Il mondo economico produttivo:
  - orientare le strategie produttive al raggiungimento degli obiettivi di prevenzione del PSR.

## **D.2) I servizi di medicina generale e le integrazioni tra livelli assistenziali**

Un progetto di salute per essere tale deve attraversare tutti i servizi coinvolti e se necessario uscire anche dall'ambito aziendale. In concreto è importante coinvolgere e prevedere ruoli e compiti specifici per i servizi di educazione sanitaria, dipartimenti di prevenzione, medici di medicina generale, ambulatori e reparti, servizi di riabilitazione, coordinati al fine di raggiungere i target. E' importante inoltre usare tutti gli strumenti contrattuali possibili (definizione del budget nella contrattazione annuale, coinvolgimento dei medici di base in fase di convenzione ecc.).

Questa integrazione va intesa come la ripartizione delle varie attività secondo la loro complessità tra l'ASL e l'Azienda Ospedaliera.

Realizzare questo tipo di integrazione significa garantire la continuità assistenziale e la gestione multidisciplinare dei pazienti cardio e cerebro vascolari, attivare un coordinamento transmurale per la diagnosi, il trattamento ed il follow-up dei fattori di rischio, adottare protocolli di prevenzione oltre che diagnostici-terapeutici-riabilitativi concordati anche e soprattutto con i medici di medicina generale (che devono rimanere i principali gestori della salute dei propri assistiti), i servizi di base e i servizi specialistici intra ed extra ospedalieri.

E' essenziale a tale proposito una integrazione effettiva tra Medico di Medicina Generale, Medico Specialista e Distretto; ciò può essere realizzato mediante la comunicazione e la condivisione di linee guida, per evitare la continua sovrapposizione tra i servizi dei diversi livelli, con la possibilità di rapido utilizzo di servizi, consulenze a domicilio degli Specialisti e dei terapisti della riabilitazione, formazione specifica e adeguamento numerico degli infermieri professionali del Distretto.

In questa logica va anche attuata completamente e potenziata la rete di pronto intervento per le emergenze, con azioni formative e di aggiornamento per il riconoscimento dei segnali di allarme dell'attacco cardiaco e dello stroke e degli approcci in attesa del primo intervento, nonché l'ottimizzazione del trasporto e dell'accesso in ospedale.

## **D.3) Assistenza specialistica, ospedaliera e riabilitativa delle cardio vasculopatie**

### *D.3.1) Area Vasta*

La cardiologia regionale va riorganizzata in un livello funzionale unico regionale, che comprenda tutte le 4 Aziende Sanitarie territoriali umbre e le 2 Aziende Ospedaliere, con i servizi cardiologici ad esse afferenti. L'Area Vasta diviene così, di fatto, un'area di riferimento per le Aziende che concertano la promozione di iniziative comuni e integrate, nell'intento di evitare duplicazioni di

servizi, contenendo nel frattempo la spesa, ed offrendo ai cittadini servizi omogenei di I, II e III livello. L'Area Vasta si occuperà quindi di stabilire un coordinamento forte per garantire un percorso comune, condiviso da tutti gli operatori, e uniforme per il cittadino, che lo accompagni prima con attività concrete di prevenzione e poi, durante la malattia, con attività diagnostiche, trattamenti medici, chirurgici e riabilitativi, assicurando anche un efficace follow-up.

Fanno capo a questa area quindi tutte le attività a tutti i livelli, da quelli di base a quelli specialistici e di alta tecnologia.

#### *D.3.2) Servizi specialistici*

##### **Cardiochirurgia**

L'inizio dell'attività cardiocirurgica nell'Azienda Ospedaliera di Perugia ha permesso di dare risposta (anche se ancora parziale) alle esigenze dei pazienti umbri e non che necessitano di correzione di cardiopatie anche in condizioni di emergenza. Ha permesso inoltre di espandere il campo della cardiologia tradizionale (con possibilità di impiego della contropulsazione aortica e dell'assistenza ventricolare agli infarti più gravi) e della chirurgia generale in interventi particolarmente impegnativi, a testimonianza di quella integrazione e collaborazione interaziendale e interdipartimentale che va senz'altro implementata.

Con le attuali forze e risorse la cardiocirurgia umbra riesce a far fronte solo al 60% delle esigenze: il traguardo da raggiungere è quello di poter soddisfare tutte le esigenze della regione.

In questa prospettiva è prevista entro la seconda metà del 2000, l'attivazione di una seconda sala operatoria presso l'Azienda ospedaliera di PG.

Nell'attesa è necessario dare una risposta ordinata alle richieste di assistenza nel campo della cardiocirurgia da parte di cittadini umbri, prevedendo:

- chiare definizioni dei criteri di selezione dei pazienti sottoposti ad intervento in Umbria;
- percorsi facilitati e convenzioni con i migliori centri cardiocirurgici nazionali, che garantiscano qualità di trattamento, stretta collaborazione con il centro di Perugia, possibilità eventuale di accesso della équipe perugina nella struttura per effettuare in collaborazione l'intervento.

Ciò al fine di offrire al cittadino umbro, indipendentemente dalla sede in cui avverrà l'intervento, un ambiente professionale di alta qualità ed una completa integrazione anche per le fasi ed i controlli successivi all'intervento stesso.

Questo limitatamente al tempo necessario alla realizzazione della nuova sala.

In previsione anche di un aumento dell'attività cardiocirurgica di sala operatoria è necessario altresì prevedere l'adeguamento organizzativo e strumentale della terapia intensiva post-chirurgica (TIPOC), essenziale per il monitoraggio e la gestione del paziente nelle 24-48 ore successive all'intervento, e della terapia semiintensiva.

##### **Attività di emodinamica diagnostica e interventistica**

Nell'occlusione coronarica è stato ampiamente dimostrato e confermato il significato prognostico positivo della ricanalizzazione coronarica precoce.

Questo risultato può essere conseguito farmacologicamente o meccanicamente, mediante angioplastica (PTCA) o by pass aorto coronarico.

La somministrazione di una idonea e tempestiva terapia trombolitica per l'IMA in strutture appropriate UTIC dotate di un team dedicato ha dimostrato la sua massima efficacia nel ridurre la mortalità e la morbilità se praticata entro le primissime ore dall'inizio dei sintomi. Attualmente secondo i dati dello studio GISSI Ritardo Evitabile, solo il 43% dei pazienti giunge alle cure in UTIC entro le prime 2 ore, ed un altro 29% tra le 2-6 ore.



Il trattamento farmacologico tempestivo oggi non è il solo in grado di risolvere le maggiori complicanze in caso di infarto miocardico acuto. In centri con esperienza di angioplastica coronarica percutanea (PTCA) e con la possibilità di poter applicare velocemente la procedura con uno staff addestrato disponibile 24 ore su 24, la procedura dell'angioplastica primaria, come prima scelta per il trattamento dell'infarto miocardico acuto, offre vantaggi non trascurabili soprattutto in particolari situazioni (controindicazioni alla fibrinolisi, infarto miocardico con segni di insufficienza Ventricolare Sinistra, infarto esteso).

a) La collocazione ideale di un laboratorio di emodinamica diagnostica è in una struttura cardiologica dipartimentale, dotata di Unità Coronarica e di tutta la diagnostica strumentale incruenta.

Le attività di emodinamica diagnostica, che non prevedono, di fatto, lo standby cardiocirurgico effettivo, potrebbero nel corso del triennio e previo adeguata formazione del personale (secondo i criteri di accreditamento professionale previsti dalla linee guida delle società scientifiche), nonché adeguata dotazione di strutture e strumentazioni, essere effettuate oltre che nell'Azienda Ospedaliera di Perugia, dove l'attività deve essere sicuramente implementata, anche nell'Az. Op. di TR e nelle ASL 1 e 3, dove si svolge attraverso convenzioni con le Aziende ospedaliere. In questa logica le UTIC dovrebbero rivedere le proprie modalità di funzionamento e organizzazione, tenendo conto anche del carico assistenziale e delle attività che dovrebbero offrire ai pazienti che subiscono trattamenti di emodinamica diagnostica.

b) Per quanto riguarda invece specificamente la emodinamica interventistica, intesa sia come valvuloplastica che soprattutto angioplastica coronarica, essa viene svolta su due poli territoriali, prevedendo nel triennio l'ulteriore messa a regime delle attività nella AO di PG e la sua attivazione nella AO di TR.

### **Trattamento delle aritmie**

Le tecniche per il trattamento delle aritmie appartengono alla storia recente della medicina e la loro straordinaria evoluzione è stata contrassegnata dal rapidissimo sviluppo tecnologico. Le intuizioni e le scoperte nel campo della elettrofisiologia cardiaca hanno costituito il razionale della terapia con i pacemaker, i defibrillatori, e l'ablazione. Allo stato attuale l'elettrofisiologia e la elettrostimolazione cardiaca rappresentano nel loro insieme un aspetto importante della cardiologia interventistica costituita dalla aritmologia interventistica. Il fabbisogno medio/anno di tale metodiche, di alta specialità, è in netta ascesa. Inoltre bisogna pensare che oltre il 18% delle procedure di aritmologia interventistica rappresentano urgenze cardiologiche.

Nella nostra realtà regionale l'attività di alta specialità è prevista presso le Aziende ospedaliere, previo accordi organizzativi tra le parti in modo da individuare il popolo ternano come riferimento per le attività di ablazione.

Può essere prevista l'ubicazione di strutture per l'esecuzione di test invasivi di aritmologia clinica e impianto di pacemaker temporanei e definitivi in presidi della rete dell'emergenza con un servizio di Cardiologia con annessa una sala sterile di elettrofisiologia, purché dotati di pronta disponibilità anestesiologicala oltreché di attrezzature adeguate secondo gli standard previsti.

### **Chirurgia vascolare**

Nel campo delle vasculopatie extracoronariche, si segnala che gli aneurismi aortici hanno una prevalenza tra il 3 ed il 5 % nella popolazione sopra i 60 anni e che l'evoluzione spontanea è la rottura, che porta a morte nel 90% dei casi e che il 30% circa delle vasculopatie degli arti inferiori evolvono in ischemia critica ed il 55 va incontro ad amputazione, con notevoli costi sociali e di riabilitazione.

La chirurgia vascolare prevede oggi due livelli di intervento:

- endoluminale, effettuato in sinergia con altri specialisti;

- in chirurgia aperta, con livelli di complessità media, medioalta e alta; quest' ultima è ormai configurata in tutti gli ospedali di rilievo nazionale come unità del dipartimento cardiovascolare.

La riorganizzazione dell'attività specialistica deve prevedere due livelli:

- centralizzato
  1. per attività di alta specialità come Unità Dipartimentale Cardiaca e Vascolare: data la sovrapposizione delle due patologie, tale organizzazione consente una maggiore qualità di cura per entrambe le specialità;
  2. per attività endoluminale ad alta complessità, con sale operatorie appositamente attrezzate.
- in rete, individuando quei centri regionali nei quali, sotto il coordinamento del Centro perugino, si possa svolgere la parte di attività a complessità compatibile con la struttura, sviluppando ed utilizzando professionalità locali, così da decongestionare il centro perugino, il quale potrà più utilmente dedicarsi ad incrementare l' attività di alta specializzazione, per la quale -stanti le lunghe liste di attesa- si registrano fenomeni di mobilità passiva.

### *D.3.3) Riabilitazione cardiologica*

La riabilitazione cardiologica mediante un globale approccio diagnostico, valutativo e di trattamento, ritarda la progressione della malattia, riduce la mortalità, morbilità e frequenza di riospedalizzazioni, previene il deterioramento clinico e la progressione delle disabilità conseguenti alla malattia, migliora allo stesso tempo sensibilmente la qualità di vita dei pazienti cardiopatici ed i costi sociali della malattia. La riabilitazione cardiologica deve quindi essere considerata come una fase assistenziale integrata nel trattamento globale del paziente cardiopatico sia in fase acuta e post-acuta che in fase cronica per garantire le migliori condizioni fisiche, psicologiche e sociali in modo che tali pazienti possano conservare o riprendere il proprio ruolo nella società. I servizi di riabilitazione cardiologica fanno quindi a pieno titolo parte della organizzazione dell'assistenza cardiologica e devono essere diffusi in maniera adeguata nell'assetto organizzativo dell'Area Vasta. La riabilitazione cardiologica si articola in distinte attività territoriali e ospedaliere, organizzando le strutture secondo gli standard acquisiti a livello nazionale.

I modelli organizzativi (strutture, interventi e organizzazione) prevedono diverse tipologie di svolgimento della riabilitazione cardiologica in base al livello di rischio dei pazienti e alla complessità, intensità e durata del trattamento riabilitativo; deve essere previsto un modello che permetta la completa integrazione Ospedale-Territorio, secondo distinti ed integrati momenti di presa in carico.

Durante la fase intensiva e intermedia di riabilitazione, in fase acuta e post-acuta (infarto miocardico, chirurgia cardiaca, scompenso cardiaco cronico e trapianto), il paziente verrà adeguatamente assistito per il controllo delle complicanze e delle emergenze e sarà inquadrato dal punto di vista del rischio di ulteriori eventi cardiovascolari, di progressione della malattia e di qualità della vita, sarà stabilizzata la terapia medica e impostato il successivo intervento riabilitativo necessario da erogare in regime prevalentemente ambulatoriale.

### **D.4) Assistenza specialistica, ospedaliera e riabilitativa delle cerebro vasculopatie**

L'organizzazione dell'assistenza sanitaria ai cittadini colpiti da ictus deve oggi tenere conto:

- delle evidenze di efficacia relative alla assistenza erogata nelle stroke unit o in strutture/servizi equipollenti per intensità ed approccio assistenziale;
- dell'alto costo di attivazione di queste strutture, derivante in primo luogo dalla intensità assistenziale che le caratterizza (soprattutto in termini di personale infermieristico e riabilitativo con formazione specifica);
- delle non estendibilità a tutti i cittadini umbri affetti da ictus, nel periodo di vigenza del piano e alla luce della incidenza stimata nel paragrafo B.3, della assistenza in stroke unit.

Questo insieme di opportunità e difficoltà pratiche sono state riconosciute dalle principali società scientifiche italiane che si interessano di patologie cardiovascolari, che nel formulare le loro raccomandazioni, hanno indicato il *"ricovero immediato, possibilmente in stroke unit o in un ospedale con team dedicato, dotato di TAC e collegato alla riabilitazione, in quanto esso produce una diminuzione della mortalità (un decesso in meno ogni 25 pazienti trattati rispetto a servizi di cure non specialistiche) e della disabilità (rientro a domicilio in condizioni di autonomia di un caso in più ogni 20 trattati)"*.

In questa direzione si sono attivate, con comune intento anche se con accezioni non sempre collimanti:

- l'azienda ospedaliera di Perugia (che ha recentemente deliberato l'attivazione di una stroke unit);
- l'azienda ospedaliera di Terni (che con il Dipartimento di Neuroscienze e Neuroriabilitazione ha optato per un modello assistenziale basato su una terapia intensiva dipartimentale, in modo da rispondere a tutte le esigenze di patologie critiche sia neurochirurgiche che neurologiche e neuroriabilitative, attraverso risorse all'uopo dedicate del Servizio di Riabilitazione);
- l'ASL n. 2 di Perugia (che ha attivato uno stroke service con funzione di team itinerante per gli ospedali di zona e sta attivando un servizio di riabilitazione dedicato).

Sulla scorta di quanto precede si forniscono pertanto alle aziende sanitarie ed ospedaliere i seguenti indirizzi:

- a) va perseguito il potenziamento delle strutture esistenti dedicate all'ictus, nonché la loro ottimale utilizzazione, in quanto elemento irrinunciabile e prioritario ai fini di una razionalizzazione delle risorse regionali e il raggiungimento degli obiettivi di salute stabiliti nel PSR.

A tale scopo vanno definiti protocolli di intesa interaziendali, sia tra le Aziende territoriali e ospedaliere che tra le due Aziende Ospedaliere, nella logica di raggiungere la indispensabile integrazione tra i vari servizi, tra le varie professionalità e competenza, razionalizzando l'offerta.

- b) vanno garantiti percorsi uniformi e di qualità per l'accesso alle prestazioni efficaci considerando oltre al "durante" (ricovero), il "prima" (prevenzione primaria e secondaria) ed il "dopo" (dimissione, assistenza, riabilitazione).

Si configura cioè un problema di percorso del paziente, che oggi trova risposte spesso diverse da zona a zona, sia nella fase acuta che in quella post-acuta, talora confuse, con notevoli incertezze procedurali, e conseguenti difficoltà aggiuntive per il paziente stesso e la famiglia.

Il previsto sviluppo dei servizi deve avvenire parallelamente alla definizione ed applicazione dei criteri che guidano l'assegnazione dei pazienti ai diversi livelli assistenziali.

E' necessario stabilire criteri supportati da evidenza, condivisi da tutti gli operatori e da tutti i servizi, per valutare le condizioni dei pazienti e decidere quali potranno rapidamente tornare al proprio domicilio, proseguendo la terapia riabilitativa ed occupazionale nei presidi ambulatoriali e/o al domicilio stesso, quali dovranno invece essere inviati presso una RSA od Ospedale di Comunità, e quali infine dovranno essere trasferiti presso un centro di riabilitazione intensiva. Ovviamente il paziente dimesso rientrerà poi nel percorso di prevenzione terziaria delineata.

Vanno curati protocolli di integrazione anche con il sociale, in particolare con le Unità di Valutazione Multidisciplinare competente per territorio con i Comuni per progetti specifici di integrazione nella comunità soprattutto per i soggetti con grave disabilità residua.

- c) Vanno sostenuti i percorsi verso l'accreditamento strutturale e professionale tanto delle stroke unit che di altre specifiche soluzioni organizzative (terapie intensive dipartimentali, team itineranti, strutture riabilitative dedicate etc) prevedendo - in sede regionale - nel triennio

verifiche, valutazioni di qualità e approfondimenti sulla appropriatezza assistenziale e gestionale raggiunta nelle diverse strutture.

d) Va incrementato il coinvolgimento degli operatori sanitari nelle problematiche poste dalla patologia cerebrovascolare, in vista della attivazione di una rete ospedaliera integrata, anche attraverso l'attivazione di un gruppo di coordinamento formato dal Gruppo di Lavoro previsto al paragrafo F.3) e da rappresentanti di servizi dedicati, distretti sanitari e medici di base.

e) Vanno sviluppati ruoli complementari e sinergie prevedendo:

e.1) per le Aziende Ospedaliere:

- la gestione del paziente acuto compreso quello inviato dalle aree dedicate di USL che presentano specifiche situazioni di elegibilità (es.: condizioni cliniche e/o necessità diagnostico - terapeutiche), e la implementazione delle procedure di alta tecnologia, comprese procedure diagnostiche quali la RM spettroscopia o l'angiografia interventistica. Il tutto attraverso una stretta collaborazione con i servizi che a vari livelli gestiscono il paziente con ictus.

e.2) per le Aziende Sanitarie Locali lo svolgimento di competenze quali:

- attività di prevenzione primaria e secondaria. Vanno considerati sia l'approccio su popolazione, sia l'approccio "sull'alto rischio", per il quale si identifica come primario il problema della profilassi primaria della fibrillazione atriale. Vanno applicate le linee guida esistenti, attraverso una diffusione di conoscenze ed una condivisione di metodologie;
- promozione di interventi educativi alla popolazione per il riconoscimento dei segni di allarme, e interventi di formazione al personale non sanitario (forze di polizia, forze armate, vigili ecc.);
- il trattamento della fase acuta per soggetti che presentano specifiche situazioni di elegibilità con l'attivazione di livelli assistenziali omogenei caratterizzati dalla individuazione di un'area dedicata, con risorse professionali qualificate, integrata funzionalmente ai centri delle Aziende Ospedaliere. Le modalità assistenziali dovranno essere quelle indicate dalle linee guida, e garantire uniformità di procedure diagnostiche e terapeutiche nelle suddette aree.

f) vanno attivate risposte riabilitative integrate che permettano di erogare ai pz. colpiti da ictus prestazioni di:

- riabilitazione in fase acuta (le evidenze indicano che l'inizio più precoce possibile della riabilitazione dell'ictus migliora sia la prognosi fisica che funzionale e che il minor tempo di inizio della mobilizzazione /riabilitazione è il più importante fattore che facilita la dimissione a domicilio);
- riabilitazione intensiva (neuromotoria, cognitiva e occupazionale) da cui traggono beneficio i pazienti con disabilità medio-grave;
- riabilitazione territoriale, con particolare riferimento ai trattamenti a domicilio che evidenziano maggiore efficacia dei trattamenti di supporto "normale".

Le aziende sanitarie individuano le strutture di riferimento per l'accesso a questo tipo di prestazioni ed adeguano la propria attività alle linee guida ministeriali esistenti in materia.

## **E) SISTEMI OPERATIVI PER L'EFFICACIA: LINEE GUIDA**

E' evidente una sostanziale variabilità di comportamento nella pratica clinica nei servizi umbri in relazione alla gestione di condizioni simili, con presenza, in alcuni casi, di inappropriata nelle decisioni diagnostiche e terapeutiche e con importanti implicazioni etiche e di equità per la mancanza di eguaglianza assistenziale.

Da quanto sopra emerge la necessità di uniformare sul territorio regionale le procedure di accesso, i percorsi, le prestazioni preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative. Si tratta in sostanza di condividere le strategie più opportune per garantire uniformità di trattamento, qualità degli interventi ed equità per tutti i cittadini, aprendo spazio all'aggiornamento professionale nonché alla sperimentazione clinica.

Le linee guida in materia sono ormai abbondanti e continuano a proliferare; si tratta ora di programmare un momento di messa in comune, di loro approvazione e di diffusione di tali materiali, prevedendo le modalità per calarli concretamente nella realtà regionale.

Nell'arco del triennio si intende con la creazione ed applicazione di linee guida, protocolli e altre modalità di raccordo interprofessionale, che andranno valutati in termini di risultati ottenuti:

- Ridurre la probabilità che uno stesso paziente possa ricevere trattamenti diversi in funzione non del proprio problema clinico, ma del luogo presso il quale è assistito.
- Escludere dai livelli di assistenza finanziati le prestazioni che non soddisfano il principio di efficacia dimostrata con evidenze scientifiche disponibili.
- Escludere gli interventi che non rispondono al principio dell'efficienza produttiva.
- Escludere gli interventi che non soddisfano i bisogni primari di salute.
- Migliorare l'appropriatezza del livello assistenziale di erogazione degli interventi.

La Regione validerà le Linee guida in base ai seguenti criteri:

- rigorosa documentazione delle evidenze di efficacia;
- bilanciamento delle competenze presenti in sede di elaborazione delle linee guida: essendo noto che le strategie in sanità derivano da pressioni di singoli gruppi di professionisti o di specifiche società professionali, è opportuno che nella stesura delle stesse (o come criterio di verifica in sede di loro recepimento) siano valorizzate maggiormente quelle che derivano da apporti multiprofessionali e che hanno previsto negli staff di lavoro la presenza di epidemiologi, medici di sanità pubblica ed economisti sanitari;
- sostenibilità economica delle proposte: al di fuori di qualsiasi logica incrementale, una buona linea guida, deve indicare oltre alle cose da fare, anche quelle da non fare più, perché obsolete o di dimostrata inefficacia;
- accurata previsione delle modalità di applicazione ed implementazione;
- parallela definizione della base formativa necessaria per la "manutenzione" delle conoscenze e capacità professionali, attraverso opportuni interventi formativi, in modo tale da elevare la preparazione media dei professionisti e metterli nelle condizioni di partecipare attivamente e di poter recepire, in piena consapevolezza le indicazioni proposte dalle linee guida.

## **F) SISTEMI OPERATIVI PER L'APPROPRIATEZZA GESTIONALE**

### **F.1) Attribuzione e gestione delle risorse**

I fondi finalizzati alla realizzazione del presente Atto di indirizzo programmatico, che consistono in circa 700 milioni per ciascuna delle annualità 2000 e 2001, saranno attribuiti alle Aziende USL in sede di riparto dei fondi per il 2000 e per il 2001 in base alla popolazione residente.

La loro utilizzazione dovrà essere finalizzata alla realizzazione:

- delle attività di prevenzione primaria e secondaria;
- delle attività di formazione.

## **F.2) Sistemi di contabilità**

Le aziende sanitarie e l'Assessorato, avvalendosi dei sistemi di contabilità economico patrimoniale ed analitica, determinano i costi attribuibili ai servizi chiamati a realizzare il presente atto di indirizzo, in modo da poter effettuare analisi costi efficacia e costi efficienza e comparazioni tra servizi regionali e/o di altre regioni.

## **F.3) Valutazione di processo e di esito**

L'erogazione dei fondi 2001 sarà subordinata alla verifica della effettiva realizzazione degli interventi previsti, da parte dell'apposito Gruppo di Lavoro (composto da delegati delle Direzioni aziendali) regionale che si occuperà della verifica di processo e di risultato del presente Atto di indirizzo, secondo gli obiettivi prefissati e le scadenze temporali definite.

## **F.4) Accreditamento strutturale e professionale e formazione continua**

I criteri dell'accreditamento di tutte le strutture e del personale coinvolto a vario livello, sono quelli indicati dalla normativa nazionale, e verranno quindi applicati con le scadenze temporali che questa stabilisce.

La formazione del personale e l'aggiornamento sono indispensabili, come più volte ribadito nel presente documento, e vanno fortemente perseguiti, anche impegnando in tal senso una quota considerevole di finanziamenti.

Soprattutto per quelle specializzazioni che ancora in Umbria non sono a pieno regime, nell'ottica di una loro espansione ed implementazione, è necessario che il personale sia formato adeguatamente secondo criteri e con modalità precise, rispettando standard indicati anche dalle Società scientifiche di riferimento nel campo.

## **F.5) Supporti conoscitivi: epidemiologia, sistema informativo, ricerca**

### *F.5.1) Sorveglianza epidemiologica delle patologie cardio e cerebro vascolari.*

La conoscenza dei dati epidemiologici e della relazione tra fattori di rischio e malattia costituisce un pre-requisito essenziale per realizzare un qualsiasi programma di promozione alla salute e di prevenzione primaria e secondaria e fornire parametri e strumenti rigorosi per una valutazione corretta e scientificamente valida sia di processo sia di risultato dei programmi stessi. E' quindi la base essenziale per la predisposizione di una corretta programmazione sanitaria.

Questo atto risente, di una certa oscillazione delle previsioni dei fabbisogni, cui potrebbe non essere estranea la tendenza a stimare la domanda sulla saturazione dell'offerta, a sua volta ampliata dagli effetti distortivi dei sistemi di pagamento a tariffa.

E' necessario verificare la fattibilità:

- della istituzione di un registro specifico per queste patologie, inteso come una attività, coordinata a livello regionale, che si occupa della rilevazione, archiviazione, elaborazione e valutazione dei dati di incidenza e prevalenza;
- o, in alternativa, della realizzazione di indagini ad hoc, relativamente alle principali patologie vascolari, sia cerebrali che cardiache e/o delle loro complicanze;
- di indagini di farmaco-economia e di farmaco-epidemiologia per verificare l'appropriatezza del ricorso ai farmaci nella nostra regione.

A queste attività va affiancata anche la definizione di flussi informativi nell'ambito del Sistema Informativo sia aziendale che regionale.

Gli obiettivi che si intendono raggiungere sono quelli di:

- Monitorare l'andamento dell'incidenza degli eventi.
- Stimare la prevalenza delle malattie cardio e cerebro vascolari.
- Verificare gli outcome.
- Avere maggiori elementi per una corretta definizione dei livelli appropriati di utilizzazione dei servizi.
- Svolgere indagini di epidemiologia clinica per le principali patologie.

#### *F.5.2) La ricerca*

Anche nel settore delle patologie cardio e cerebro vascolari deve essere forte l'orientamento a coniugare sviluppo della ricerca applicata ed innalzamento dei livelli assistenziali.

E' intenzione della Regione prevedere finanziamenti per la ricerca finalizzata alla programmazione sanitaria, indirizzata nell'anno 2000 sul tema dell'uso appropriato delle principali classi farmacologiche utilizzate nelle cardiovasculopatie, mentre nel 2001 i servizi rivolti alle cardio e cerebrovasculopatie saranno oggetto di valutazione di qualità.

### **G) MANUTENZIONE DEI CLIMI ORGANIZZATIVI E GESTIONE DEI RUOLI ESTERNI**

Tutte le organizzazioni e le figure professionali chiamate a svolgere un ruolo nella Lotta alle malattie cardio e cerebro vascolari devono contribuire a creare un contesto motivazionale e relazionale orientato alla promozione della cultura della responsabilità.

Prescindendo e abolendo logiche personalistiche di lavoro e del perseguimento di obiettivi individuali di qualità di prestazioni, ogni centro e ogni livello deve collaborare a costruire una fattiva integrazione di forze, per la realizzazione di una attività di cardiologia diffusa e uniforme, sia come approccio che come prestazioni, su tutto il territorio regionale.

E' necessario richiamare ancora una volta la necessità che nei curricula formativi dei professionisti sia inserito anche questo metodo di lavoro.

#### **G.1) Clima interno**

Anche all'interno dei singoli reparti o servizi, che non devono più essere intesi come "ambienti lavorativi" a se stanti, ma inseriti nella logica dell'interdisciplinarietà del Dipartimento e della Area Vasta, devono essere perseguite attività di coinvolgimento e partecipazione di singoli e delle loro rappresentanze, in tutte le fasi di programmazione e di gestione del piano di lavoro:

- le diverse componenti professionali, tecniche, amministrative, devono partecipare attivamente e contribuire ai lavori di Consigli di Dipartimento, di riunioni di servizio e quant'altro;
- qualsiasi momento deve essere sfruttato per creare momenti di confronto anche non formali, tra i vari operatori e i vari livelli;
- sistemi di incentivazione e/o premianti possono essere previsti per creare spinte motivanti tra i membri dell'organizzazione.

## **G.2) Ruoli esterni**

Proprio nella creazione dell'area Vasta che deve racchiudere tutte le istituzioni e le professionalità in campo, in una logica intraaziendale, ma ancor più interaziendale, a livello regionale, che comprenda tutte le aree, dalla medicina di base alle alte specializzazioni, è indispensabile gestire i ruoli esterni in modo ottimale. Vanno rispettati ruoli, competenze specifiche, autonomie, ma vanno evitate sovrapposizioni di azioni spesso anche non sinergiche o duplicati, a spese della qualità delle prestazioni offerte.

Importanti sono le collaborazioni con le associazioni di volontariato, con il terzo settore, con Comuni, Provincia, Provveditorati, con rappresentanze degli utenti; tali collaborazioni vanno stimulate e rese fattive, anche mediante accordi e convenzioni.

## **H) CALENDARIO DEGLI IMPEGNI PER IL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PIANO**

1) Entro il primo anno:

- programmazione nelle Aziende Territoriali gli interventi integrati di educazione sanitaria rivolti alla popolazione e ai gruppi a rischio;
- attivazione delle modalità necessarie per la definizione delle linee guida;
- programmazione di convenzioni, in accordo tra Azienda Ospedaliera di Perugia e Regione, con centri di cardiocirurgia nazionali per smaltire le liste di attesa nelle more della attivazione della seconda sala operatoria dedicata;
- implementazione delle attività di emodinamica diagnostica in base a definiti programmi aziendali di accreditamento professionale e puntualizzazione delle attività e funzioni delle UTIC delle Aziende Ospedaliere e della rete dell'emergenza;
- implementazione delle attività aritmologiche a Terni;
- implementazione delle attività di emodinamica interventistica, nella Azienda Ospedaliera di Perugia;
- consolidamento delle attività di consulenza in rete e rafforzamento dell'attività a Terni;
- implementazione delle risorse assegnate alla stroke unit dell'AO di PG, alla terapia Intensiva dipartimentale dell'AO di TR ed ai team dedicati di cui al paragrafo D.4;
- definizione di protocolli comuni condivisi interaziendali per l'accesso ai servizi da parte di pazienti con ictus e messa in rete dei servizi;
- individuare i programmi di formazione per il personale dedicato alle diverse attività, con possibilità di effettuare stage presso centri accreditati, anche esteri, che attestino l'idoneità dell'operatore;
- studio di fattibilità del registro delle cardiopatie.

2) Entro il secondo anno:

- attuazione dei programmi di educazione sanitaria con particolare riguardo alla Scuola e alla Ristorazione collettiva e prime valutazioni;
- messa a regime della attività cardiocirurgica umbra con l'apertura della seconda sala operatoria;
- accreditamento dei servizi specialistici per le cerebrovasculopatie (stroke unit, team dedicati e servizi equipollenti, servizi riabilitativi) e per le cardiovasculopatie (cardiocirurgia, emodinamiche diagnostiche, emodinamiche interventistiche, servizi di aritmologia, servizi riabilitativi);
- implementazione delle attività di emodinamica diagnostica ed interventistica e di trattamento delle aritmie nelle sedi deputate;



- potenziamento delle sale operatorie a Perugia e predisposizione di letti di terapia intensiva post-operatoria;
- Attuazione di un programma di day hospital per le procedure endoluminali a complessità minore e per la chirurgia carotidea;
- prosecuzione delle attività di formazione e aggiornamento degli operatori;
- approvazione ed applicazione delle Linee Guida condivise medici di medicina generale/specialisti.

3) Entro il terzo anno:

- implementazione dei programmi di educazione sanitaria e verifiche dei risultati raggiunti;
- valutazione di qualità dei servizi attivati.

## 5.2.10 PROMOZIONE E TUTELA DELLA SALUTE DENTALE

### A) CORNICE

La carie dentale è ancora la malattia più diffusa nel mondo. In Italia la percentuale della popolazione totale che soffre di problemi di malocclusione di grado medio e di circa del 37%, inoltre circa l'80% della fascia 3<sup>a</sup> età necessita di un intervento stomatologico (protesi). Sempre a livello nazionale ogni anno vengono diagnosticati circa 8.000 casi di tumori alla bocca (di cui 3.000 diagnosticati in fase avanzata) e tra le cause vi rientrano:

1. le ferite provocate da denti non curati, cariati o fratturati;
2. alcune malattie delle gengive;
3. le protesi dentarie imprecise e non controllate
4. le conseguenze di una insufficiente igiene orale.

Una grande novità legislativa, in questo settore, è rappresentata dalla assunzione da parte della L. 229/99 della salute dentale come "livello essenziale di assistenza", che trova un primo riscontro, da parte della Regione dell'Umbria, nell'approvazione del presente atto di indirizzo programmatico generale.

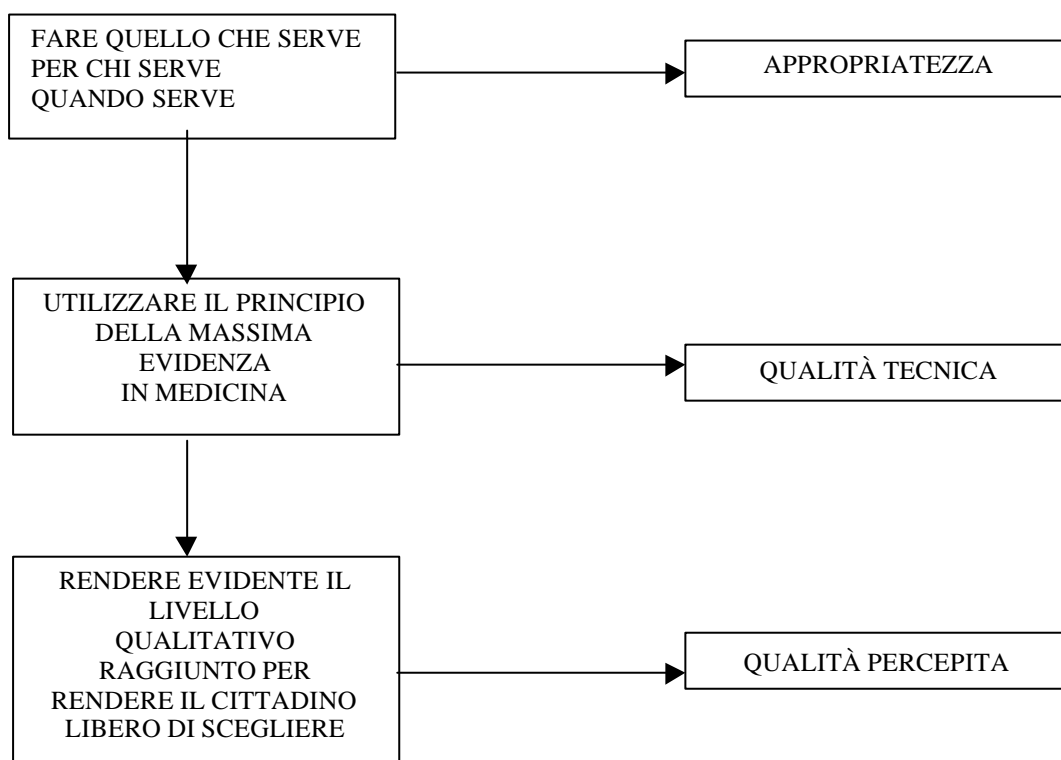
In Umbria, dai dati rilevati tramite griglia di rilevazione inviata alle Aziende Sanitarie locali ed ospedaliere nel mese di aprile 1999, si evince che l'attività dedicata alla odontoiatria e prevenzione della carie dentale è variamente distribuita sul territorio. Vi sono dei punti di erogazione del servizio che funzionano abbastanza bene nonostante la insufficienza di risorse e zone molto carenti. A fronte di pochi medici odontoiatri strutturati, sono invece variamente impiegati i medici convenzionati (SUMAI) che svolgono la loro attività essenzialmente presso gli ambulatori non rientrando peraltro in un preciso progetto o strategie di Azienda. Gli ambulatori sono abbastanza attrezzati mentre il personale paramedico non è né sufficiente né formato (manca totalmente la figura di igienista dentale!).

E' essenziale quindi studiare un percorso graduale di riprogettazione su base regionale utilizzando al meglio le risorse già esistenti e incrementandole laddove sono carenti. Il tutto seguendo un filo conduttore che va dall'obiettivo generale regionale "Promozione e tutela della salute dentale" che si identifica con la "mission" del nostro servizio sanitario pubblico che deve così definire perché e che cosa offre in termini di prestazioni e su quali pazienti (anziani, giovani, soggetti deboli) e obiettivi specifici per ogni Azienda Sanitaria.

Questo percorso graduale di riprogettazione va elaborato ponendo al centro il cittadino con le sue necessita ed aspettative, ma anche dandogli la possibilita di poter valutare la qualita delle prestazioni erogate. Il punto di partenza dunque prevede l'avvio di indagini standardizzate delle malattie orali con approccio sistematico alla raccolta e presentazione dei dati considerandole una base per la pianificazione dei programmi per la salute del cavo orale. Tale indagine permetterebbe la conoscenza delle necessita attuali e le prospettive future, la valutazione delle terapie odontoiatriche necessarie, il monitoraggio dei cambiamenti delle malattie stesse e quindi la valutazione dell'adeguatezza e l'efficienza globale dei servizi forniti, la pianificazione e/o modificazione dei servizi di assistenza e i programmi di addestramento/adeguamento.

Esiste in tal senso una pubblicazione dell'OMS del 1997 (Sede Milano) proprio per rimarcare l'importanza in questo campo dell'epidemiologia e la prevenzione delle malattie del cavo orale.

Migliorare questo servizio che in pratica gia esiste significa dunque:



Quindi odontoiatria evidence - based e non opinion based o market based.

Perché la prevalenza della carie sia confrontabile con quella di altre realtà indagate è fondamentale che vengano impiegati gli stessi indici epidemiologici adottati a livello internazionale, in particolare quello più diffusamente utilizzato ossia il DMFT (esprime per ogni campione considerato, il numero medio di denti cariati, persi per carie o otturati).

Indicazioni dell'OMS:

- per quanto attiene alla patologia cariosa, l'OMS, in collaborazione con l'FDI (Federazione Dentale Internazionale) ha proposto gli obiettivi da raggiungere entro l'anno 2000:  
50% dei bambini a 6 anni esenti da carie e una media di non più di 3 denti con esperienza di carie a 12 anni.

Questi dunque sono valori da tenere sempre presenti come riferimento nella conduzione di qualsiasi programma di intervento o di valutazione.

Tutto ciò porta dunque a concentrare l'attenzione nella individuazione delle priorità assistenziali di cui la popolazione afferente ha bisogno (domande e bisogno non sono la stessa cosa), sulla definizione dei ruoli pubblico e privato nell'espletamento dei processi assistenziali, e sulle problematiche da affrontare per rendere omogeneo l'accesso.

## **B) PROBLEMI DI SALUTE**

In riferimento al progetto "Promozione e tutela della salute dentale" è stato redatto dal gruppo regionale un elenco di problemi suddivisi in problemi di salute, organizzativi e di comunità che sono stati già trasmessi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie per la loro validazione. Sono stati individuati, come prioritari per il triennio i seguenti problemi di salute.

**Categorie target:** {  
infanzia  
disabili  
3<sup>a</sup> età

I problemi di salute riguardanti tali categorie sono:

- **prevenzione della carie** (coinvolgimento della medicina scolastica, educazione alimentare e bilanci di salute)
- **malocclusioni**
- **riabilitazione protesica della III età**
- **screening dei soggetti a rischio di tumori del cavo orale** (adulti fumatori, alcoolisti, malati di AIDS)

## **C) OBIETTIVI DI SALUTE**

Dalle problematiche, riferite a gruppi target (infanzia, disabili, 3<sup>a</sup> età) sono stati estrapolati gli obiettivi di salute generali e specifici.

**Obiettivo generale: "Promozione e tutela della salute dentale".**

Gli obiettivi specifici possono essere suddivisi per aree target ovvero:

**Età evolutiva (infanzia):**

- 1 Ridurre l'incidenza della carie e malattie paradontali.
- 2 Individuazione e lotta ai dismorfismi - paramorfismi cranio-facciali.
- 3 Garanzie di accesso all'assistenza sanitaria odontoiatrica di base (equità d'accesso).

Gli obiettivi del progetto consistono nel fare in modo che sull'intero territorio regionale vi sia una bassa prevalenza di carie nei soggetti della fascia di età 0-14 e che venga garantita ad essi, da parte dei servizi territoriali, una risposta adeguata anche ai bisogni di cura odontoiatrica relativamente ad alcune prestazioni base.

Gli indicatori di esito possono essere identificati nei seguenti:

- almeno il 50% dei bambini a 6 anni sia esente da carie;
- all'età di 12 anni il DMFT sia inferiore a 3.

**Adulti e disabili:**

- 1 Ridurre l'incidenza di carie e malattie paradontali.
- 2 Diagnosi delle disfunzioni delle ATM.
- 3 Garanzia di accesso all'assistenza sanitaria odontoiatrica di base.
- 4 Diagnosi e cura della patologia odontoiatrica.

**Terza età:**

- 1 Diagnosi delle disfunzioni delle ATM.
- 2 Garanzia di accesso all'assistenza sanitaria di base.
- 3 Fornitura di protesi gratuite per indigenti e/o calmierare il loro prezzo.

## D) ASSETTI ORGANIZZATIVI GENERALI

Le seguenti indicazioni organizzative sono finalizzate a garantire l'omogeneità delle prestazioni assistenziali nel complesso della Regione e possono subire ulteriori puntualizzazioni in sede di recepimento nella normativa regionale di quanto disposto dalla L.229/99.

### D.1) I livelli

L'assetto organizzativo e funzionale delle Aziende Sanitarie Territoriali e Ospedaliere, prevedono nella Ia fase rispetto a:

- **problematiche attuative:**

#### a) sensibilizzazione e/o disponibilità di

Medici di base

Pediatri

Insegnanti

Famiglia

Operatori Specialisti (disponibilità di un coordinamento)

Assistenza sociale

Amministrazioni comunali

{ per non autosufficienti, portatori di handicap, mezzi di trasporto

Aggiornamento degli operatori

Formazione personale ausiliario

Aumento monte ore disponibile (disponibilità finanziarie)

Incontri nelle scuole

Materiale didattico e illustrativo

Verifiche alimentari (mense scolastiche)

Altro

**b) coinvolgimento di:** Regione - Direzione regionale sanità e servizi sociali  
Aziende  
Università

rispetto a:

**- Educazione ed informazione sanitaria**

**a) giovanile**

- Informazione da:
  - Medici di base e Pediatri, Medicina scolastica
  - Insegnanti, Incontri con gli studenti
  - Consigli alimentari (bilancio dietetico ecc.)

**b) età adulta**

Problematiche

Foci dentali - Malattia parodontale - Riabilitazioni protesiche - Pazienti a rischio - altro.

- Informazioni da:
  - Medici di base, Assistenti sociali
  - Opuscoli e note informative
  - Incontri

rispetto a:

**- prevenzione operativa:**

**a) interventi**

Visite ambulatoriali (cartella clinica)

Screening carie, Screening malocclusioni

Profilassi della carie

Igiene orale (ambulatoriale e istruzioni)

Screening parodontale (tests e cartella parodontale)

Indagini radiografiche

Visite domiciliari (pazienti non autosufficienti, comunità, case di riposo)

Nella 2<sup>a</sup> fase rispetto a **problematiche attuative**, occorre valutare attentamente l'esistente e la fattibilità in termini di:

STRUTTURE:	Locali, Attrezzature, Personale, Costi
PERSONALE MEDICO:	Ambulatoriale, Dipendente, Misto, delle varie Specializzazioni
PERSONALE AUSILIARIO:	Aumento delle unità e qualificazione (corsi di riqualificazione per personale già strutturato) di ruolo o a contratto
PERSONALE ODONTOTECNICO:	Dipendente o a prestazione (uniformità delle prestazioni, valutazione dei costi, plusvalenze)
PIANIFICAZIONE TERRITORIALE:	Incidenza demografica e difficoltà nei collegamenti
DIRITTO ALLE PRESTAZIONI:	Possibili griglie di valutazione e protocolli operativi coordinati (età, reddito, patologie, altro)
ACCREDITAMENTO STRUTTURE PRIVATE:	Caratteristiche di idoneità e livello qualitativo e quantitativo delle prestazioni
CARATTERISTICA DEI TICKET:	No profit, con quota per attrezzature, materiali, gestione, compartecipazione

COLLEGAMENTO CON MEDICI DI BASE  
E PEDIATRI:  
COORDINAMENTO FAMIGLIE, SCUOLE,  
AMMINISTRAZIONI LOCALI:  
COLLABORAZIONE CON L'UNIVERSITÀ:

Informazione e sensibilizzazione

Corsi di qualificazione - aggiornamento Diplomi, altro

COORDINAMENTO TRA LE UNITÀ  
OPERATIVE:  
MEETING E AGGIORNAMENTO  
OBBLIGATORI PER IL PERSONALE:  
STRUTTURE EQUIVALENTI CON IL  
PRIVATO:

Rapporto specialistica ambulatoriale SUMAI, uniformità  
delle prestazioni

Disponibilità di orario

Attrezzature, strutture, altro

Per ciò che riguarda le **strutture operative** della 2<sup>a</sup> fase, queste andrebbero distribuite su più livelli secondo quanto segue:

- I Livello**
- Unità odontoiatriche distribuite nei Distretti di base del territorio  
Personale: Medico Odontoiatra + Assistente Dentale
  - Poliambulatori Odontoiatrici che coordinano più unità di I livello  
Personale: Responsabile Medico + Medici Odontoiatri + Igienisti Dentali +  
Assistenti Dentali + Odontotecnici (numero in rapporto al bacino d'utenza)
- II- Livello**
- Presidi Ospedalieri od Universitari per prestazioni di particolare impegno  
Personale: Coordinatore Medico + Operatori sanitari come I Livello +Anestesista e  
collegamenti con altri reparti (cardiologia, etc.)
  - Unità mobili per servizio domiciliare  
Personale: Come per il I Livello

Rispetto a **soluzioni terapeutiche** (branche specialistiche) si ipotizza il seguente schema:

**Pedodonzia** (pazienti non collaboranti) Liv. int. 2°

**Conservativa** (otturazioni - endodonzia - ricostruzioni- altro) Liv. int. 1°

**Chirurgia Orale** {  
 estrattiva- altro Liv. int. 1°  
 piccola chirurgia (rizettomie - preprotesica - altro) Liv. int. 1°  
 chirurgia complicata (inclusi -cisti - altro) Liv. 2°

**Parodontologia** {  
 Igiene orale {  
 Detartrasi - altro Liv. int. 1°  
 Deep scaling - root planing -altro Liv. int. 1°  
 chirurgia parodontale e implantologica Liv. int. 2°

**Ortodonzia** mobile Liv. int. 1°  
fissa Liv. int. 2°

**Protesi** mobile Liv. int. 1°  
fissa Liv. int. 1°- 2°

**Portatori di handicap - Pz. con patologie gravi ed infettive** Liv. int. 2°, anche tramite rapporti convenzionali con strutture in possesso dei requisiti previsti.

**Chirurgia maxillo facciale** Liv. int. 2°

**Gnatologia** Liv. int. 2°

## **D.2) Il ruolo dell'Università**

### **Situazione:**

- Corsi di laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria: 25 iscrizioni all'anno (definire come utilizzare gli specializzandi).
- Corsi di formazione II anno Diploma Universitario (non previsti in pianta organica nelle Aziende Sanitarie).
  - 12 Igienisti dentali a Perugia
  - 6 Igienisti dentali a Terni

### **Arte ausiliaria di odontotecnico:**

5 o 6 persone all'anno per l'Umbria.

Non ci sono né sono previsti corsi di aggiornamento/addestramento.

L'Azienda Ospedaliera di Perugia coopta nel sistema assistenziale la Clinica Universitaria Odontoiatrica al fine di mettere a disposizione dei pazienti:

- 1) Sala operatoria dedicata
- 2) Laboratorio Odontotecnico universitario (da usare anche per le protesi gratuite)
- 3) Guardia Medica odontoiatrica

Ciò consentirebbe a sua volta un migliore svolgimento delle attività didattiche.

### **Ruolo dell'Università** nel processo formativo conoscitivo e assistenziale.

Le Aziende USL e l'Azienda Ospedaliera di Perugia mediante l'estensione della Convenzione attuale Università-Regione-Azienda Ospedaliera, dispongono di perseguire i seguenti obiettivi:

- a) utilizzare i tirocinanti neolaureati affiancati da un "Tutor" per la durata di dodici mesi nelle strutture delle ASL ai fini educativo-assistenziali;
- b) utilizzare i volontari laureati in medicina (ad esaurimento) sotto la direzione del "Tutor" ai fini educativo-assistenziali;
- c) utilizzare gli studenti del IV° e V° anno del corso di Laurea sotto la guida di un "Tutor" ai fini educativo-epidemiologici;
- d) utilizzare gli studenti D.U. (igienista dentale) tirocinanti sotto la guida di un "Tutor" ai fini educativi;
- e) istituire corsi di formazione per gli infermieri "assistenti alla poltrona" sotto la supervisione dell'Università.

Inoltre resta aperta la possibilità per i tirocinanti – specializzandi di essere utilizzati nello svolgimento dell'attività di Guardia medica odontoiatrica, in base alla normativa vigente.

- Le Aziende definiscono in apposito regolamento le condizioni etiche ed operative richieste ai tirocinanti sui quali incombono peraltro anche gli oneri assicurativi.

Per quanto riguarda la ristrutturazione della Clinica Odontoiatrica va prevista l'utilizzazione del laboratorio odontotecnico anche per la fornitura di protesi gratuite alle persone indigenti.

## **E) SISTEMI OPERATIVI TECNICO SPECIFICI: LINEE GUIDA E PROTOCOLLI**

### **E.1) Prevenzione ed educazione sanitaria**

La Regione dell'Umbria, negli anni '80, aveva realizzato un piano di intervento ben articolato rispetto alla prevenzione dentale ed alla educazione sanitaria.

Con delibera n. 4209 del 26.7.83 dettava: "norme di indirizzo e coordinamento alle USL sull'attivazione di un programma su scala regionale per la prevenzione dentale".

In questo programma, peraltro molto dettagliato e in gran parte realizzato, era prevista una parte di prevenzione primaria (fluoroprofilassi, modifica delle abitudini alimentari ed informazione/educazione igienico-sanitaria, ...) e di prevenzione secondaria (visite programmate per fasce d'età, ...). Il programma prevedeva il coinvolgimento dei medici di medicina generale, gli specialisti odontoiatri strutturati e convenzionati, il Servizio di Educazione Sanitaria, gli insegnanti, ect., corsi di formazione/addestramento e produzione di materiale illustrativo e didattico (con la collaborazione del SEDES e del Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria). Come già detto questo programma finanziato dal fondo regionale fu ampiamente realizzato soprattutto per la parte riguardante l'Educazione Sanitaria e la produzione dei materiali che furono ampiamente distribuiti. Successivamente e progressivamente questo programma fu abbandonato fino ad essere lasciato alla sporadica iniziativa di qualche insegnante motivato.

Per la parte riguardante la fluoroprofilassi dopo ripetuti convegni e gruppi di studi, si pervenne nel corso del III seminario internazionale di studio sulla "Fluoroprofilassi della carie dentale", svoltosi a Perugia il 18/19 settembre 1992 e promosso dalla Regione dell'Umbria-Assessorato alla Sanità, Università degli Studi di Perugia/Clinica Odontoiatrica/Dipartimento di Igiene e la Società di Igiene e Sanità pubblica (Sezione Umbra) alla formulazione di: "Ipotesi per la fluorazione delle acque destinate al consumo umano in Umbria".

E' chiaro tuttavia che la fluorazione delle acque, da sola (visto anche l'attuale uso che se ne fa), non fa sparire la carie dentale. Potrebbe portare però, anch'essa, un buon contributo per la riduzione della prevalenza dell'affezione.

Per il resto bisognerà non solo tenere presente, ma potenziare tutti gli altri presidi di prevenzione. L'educazione sanitaria verso l'igiene orale e l'alimentazione.

La prevenzione individuale sul lettino dell'odontoiatra.

Forti di questo non trascurabile passato rispetto al progetto "Prevenzione dentale ed Educazione sanitaria" si propone:

*per l'Educazione Sanitaria*

utilizzare il gruppo regionale per l'Educazione Sanitaria per redigere un programma di educazione dentale da attuare presso tutte le scuole da inserire nel Protocollo Provveditorato Regione - Aziende USL.



*per la Prevenzione primaria*

Si potrebbe riprendere in considerazione lo studio di fattibilità della fluorazione delle acque del gruppo di lavoro regionale di cui al seminario '92 sopra riportato, valutando attentamente costi-benefici. Procedere invece speditamente con i programmi di fluoroprofilassi sotto riportati.

## **STRATEGIE**

Se l'eziologia della carie è multifattoriale, risulta chiaro che anche il progetto di prevenzione e promozione della salute orale, per essere efficace, deve svilupparsi secondo più linee strategiche da attuarsi all'interno di ogni distretto, attraverso interventi sia di tipo educativo (corsi di preparazione al parto, progetti di educazione alla salute orale in ambito scolastico) che di tipo organizzativo. Tali linee strategiche vengono di seguito presentate con i relativi obiettivi specifici ed indicatori di processo.

### ***a) promozione dell'igiene orale quotidiana***

*obiettivi specifici*

- creare nei bambini (delle scuole materne, elementari e medie) e negli adulti di riferimento (insegnanti e genitori), una chiara consapevolezza dell'importanza dell'igiene orale;
- favorire l'apprendimento da parte dei bambini delle tecniche adeguate per assicurare l'igiene orale;
- incentivare nei bambini l'uso dello spazzolino dopo i pasti.

*indicatori di processo*

- corsi di preparazione al parto in cui viene riservato uno specifico momento al tema della promozione della salute orale (fluoroprofilassi, corretta pulizia dei denti sin dal momento dell'eruzione, impostazioni corretti comportamenti alimentari, ...) = 100% nel giro di due anni;
- insegnanti delle materne, elementari e medie che partecipano ai momenti formativi loro dedicati sul tema della promozione della salute orale = almeno 1 per classe nel giro di 3 anni;
- genitori dei bambini che partecipano ai momenti formativi loro dedicati sul tema della promozione della salute orale = almeno il 70% di quelli i cui figli appartengono alle classi filtro per lo screening della carie ogni anno;
- bambini delle materne, elementari e medie che partecipano ai momenti formativi loro dedicati sul tema della promozione salute orale = 100% delle classi filtro per lo screening della carie nelle elementari e medie ogni anno, e 100% delle classi dell'ultimo anno delle materne nel giro di 3 anni;
- bambini delle materne che praticano a scuola l'igiene orale dopo il pasto = almeno l'80% delle classi dell'ultimo anno nel giro di 3 anni.

### ***b) fluoroprofilassi***

*obiettivi specifici*

- informare sul ruolo del fluoro i bambini e gli adulti di riferimento;
- assicurare una fluoroprofilassi corretta (per posologia e durata) programmando, laddove le concentrazioni di fluoro della rete idrica sia sotto la soglia raccomandata dall'OMS (0.7 mg/l) e previo consenso informato dei genitori, la distribuzione controllata delle compresse di fluoro in tutte le scuole materne ed elementari;
- coinvolgimento dei P.L.S. per la fluoroprofilassi in età prescolare.

*indicatori di processo*

- scuole materne ed elementari in cui si effettua la fluoroprofilassi controllata = almeno l'80% nel giro di due anni.

### **c) controllo dell'alimentazione**

#### *obiettivi specifici*

- assicurare momenti di educazione alimentare rivolti ai bambini, ai genitori, e agli insegnanti all'interno dei quali affrontare il tema del ruolo cariogeno di specifiche categorie alimentari e di talune consuetudini;
- effettuare valutazioni periodiche sui consumi alimentari all'interno delle scuole e nelle famiglie, utilizzando poi tali dati per calibrare interventi educativi;
- effettuare la revisione delle tabelle dietetiche in vigore presso le scuole per adeguarle agli standard nutrizionali previsti dai LARN;
- ottenere la correzione delle abitudini alimentari che favoriscono lo sviluppo della carie nei bambini.

#### *indicatori di processo*

- scuole (materne, elementari e medie) presso cui è stata effettuata la revisione delle tabelle dietetiche =100% nel giro di 3 anni;
- scuole (materne, elementari e medie) presso cui è stata effettuata la rilevazione sui consumi alimentari sia all'interno delle scuole che nelle famiglie = 100% nel giro di 3 anni (si può far riferimento in ogni scuola ad una classe campione, che per le elementari e le medie corrisponderà a quella in cui si effettua lo screening).

### **d) Controlli odontoiatrici periodici**

#### *obiettivi specifici*

- far sì che i bambini imparino a conoscere la funzione del dentista ed imparino ad non averne paura;
- far comprendere alle famiglie l'importanza di effettuare controlli ed eventuali cure non solo sulla dentatura permanente ma anche su quella decidua;
- organizzare a livello di ciascun distretto la rilevazione sistematica dello stato di salute dei denti in alcune classi filtro (1<sup>a</sup> e 4<sup>a</sup> elementare e 2<sup>a</sup> media) per quanto attiene alla patologia cariosa;
- assicurare a livello di ciascun distretto un numero di ore settimanali di specialista odontoiatra come da quanto previsto al capitolo E.2.

#### *indicatori di processo*

- classi in cui si è fatto lo screening sul totale delle classi previste come destinatarie dell'intervento = 100% per ogni anno;
- numero di ore settimana di specialista odontoiatra come già previsto al capitolo E.2 = tale da garantire un'attesa  $\leq 30$  giorni.

## **E.2) Ortodonzia**

Nel triennio occorre sviluppare e/o mettere a punto il seguente **schema organizzativo per il servizio ortognatodontico**:

### **Descrizione:**

Il progetto è finalizzato all'attivazione di un servizio PUBBLICO di Ortognatodonzia.

Ciò è in sintonia con l'obiettivo regionale di *Promozione e Tutela della Salute Dentale* ed in particolare con l'individuazione e la lotta ai dismorfismi-paramorfismi cranio facciali.

Le linee fondamentali sulle quali è basato il progetto sono:

- i dati epidemiologici estrapolati da letteratura nazionale e internazionale, gli studi di prevenzione primaria e secondaria nell'ambito della patologia odontostomatognatica;

- i concetti economici di ottimizzazione dei costi-benefici e l'analisi delle attuali dotazioni (personale, strutture, attrezzature) contrapposte ai costi di gestione del servizio;
- l'informatizzazione con il beneficio della semplificazione dell'iter burocratico ed il contenimento dei relativi costi di attuazione e mantenimento del servizio.

Il progetto trova la sua attuazione mediante la collaborazione coi distretti e con gli operatori della *MEDICINA PREVENTIVA IN ETÀ EVOLUTIVA*, la raccolta e l'elaborazione dei dati provenienti dalle attività di base allo scopo di regimentare l'intervento e di raccogliere dati di epidemiologia locale onde finalizzare il successivo intervento con metodologia di razionalità ed economicità.

### **Riferimenti scientifici:**

Dalla consultazione dei testi e delle riviste di maggior valenza in campo Odontostomatologico, si evince che la percentuale della popolazione totale che presenta problemi di malocclusione di grado medio e che quindi necessiterebbe di trattamento ortodontico è di circa il 37%: questo gruppo (target) può essere suddiviso, secondo l'età di intervento e del tipo di trattamento, in sei sottogruppi:

1. **ORTODONZIA INTERCETTIVA:** tale trattamento, attuabile generalmente tramite un correttore rimovibile confezionato su misura con la collaborazione di un odontotecnico e che si prefigge una "buona crescita dell'apparato stomatognatico su buona postura", si utilizza in soggetti di età compresa tra 6 e 10 anni, quindi con dentatura mista: tale sottogruppo rappresenta il 30% circa del gruppo target.
2. **ORTODONZIA FISSA *in fase evolutiva*:** in tale tipo di trattamento si utilizza una tecnica costituita dall'applicazione di bracketts incollati dente per dente ed uniti da un'ansa metallica variamente modellata ed attivata secondo il tipo di difetto da correggere: si utilizza in soggetti di età compresa tra 11 e 15-20 anni, quindi con dentatura permanente, il sottogruppo costituisce il 40% circa del gruppo target.
3. **ORTODONZIA FISSA *nell'adulto*:** 10% circa del gruppo target.
4. **ORTODONZIA PRE/POST CHIRURGICA:** ortodonzia fissa, e applicata a soggetti che per la gravità della malocclusione e/o della malformazione necessitano di intervento chirurgico ortopedico maxillo-facciale correttivo: rappresentano il 5% circa del target.
5. **ORTODONZIA IN PTZ CON DISTURBI DELL'ATM** 10% circa del target.
6. **ORTODONZIA PREPROTESICA** :5% circa del target.

### **Articolazione del Progetto:**

- 1° fase: ricognizione ed eventuale acquisizione di strutture, attrezzature, materiali e personale (formazione ed aggiornamento)
- 2° fase: formalizzazione ed omogenizzazione delle metodiche e delle procedure di raccordo e loro informatizzazione
- 3° fase: avvio del progetto, costruzione banca dati
- 4° fase: verifiche in itinere

### **Ambito territoriale:**

Il Servizio dovrebbe essere rivolto a tutti i residenti della Regione, quindi ai vari distretti con i rispettivi ambiti subdistrettuali.

### **Servizi coinvolti:**

Dipartimenti di Igiene e Prevenzione  
Distretti

Poli Ospedalieri ed Università  
Dipartimenti area Chirurgica  
Dipartimenti diagnostica per immagini  
Dipartimenti amministrazione delle risorse  
Dipartimenti assistenza farmaceutica  
Dipartimenti assistenza infermieristica

### **Obiettivi**

Organizzazione di un Servizio di Ortodonzia in accordo con il Progetto Regionale di *Promozione e Tutela della Salute Dentale* rivolto ai soggetti in età evolutiva, in altre parole fino ai 14-15 anni (obiettivo specifico: individuazione e lotta ai dismorfismi - paramorfismi cranio-facciali).

Risulta fondamentale la collaborazione con la **MEDICINA PREVENTIVA E SOCIALE DELL'ETA' EVOLUTIVA**, in particolare con la sezione della Medicina Scolastica che deve fungere da filtro all'accesso alle cure.

#### **a) Modifiche organizzative**

- 1) organizzazione di un sistema di sorveglianza epidemiologica per individuare i problemi prevalenti nelle età filtro prescelte (6 anni – 1<sup>a</sup> elementare, 10 anni - 5<sup>a</sup> elementare, 14 anni - 3<sup>a</sup> media);
- 2) acquisizione e/o adeguatezza delle sedi, attrezzature e personale idonee alla realizzazione del progetto;
- 3) adozione di una cartella unica odontoiatrica e di un tesserino con omogenizzazione delle procedure e dei protocolli di accesso al 2° livello;
- 4) coinvolgimento nel progetto dei pediatri di base ed acquisizione dati raccolti nella fascia di età fino ai 6 anni;
- 5) informatizzazione delle procedure;
- 6) organizzazione di rapporti periodici con scuole e pediatri di base per pubblicizzazione delle analisi epidemiologiche effettuate e di programmi di educazione sanitaria;
- 7) costituzione di unità valutative.

#### **a) Modifiche dei processi**

- 1) individuazione dei referenti a livello distrettuale;
- 2) incontri periodici con i referenti distrettuali per la costruzione della cartella odontoiatrica, tesserino, omogenizzazione delle procedure, protocolli di accesso al 2° livello;
- 3) rilevazione dati statistico-epidemiologici;
- 4) incontri periodici con gli operatori dedicati per aggiornamento e formazione permanente;
- 5) acquisizione di computers e software e formazione del personale addetto.

### **Indicatori**

*Di processo:*

1. n° di Pazienti con problemi ortodontici / n° di Pazienti visitati
2. n° di Pazienti con problemi ortodontici / n° di Pazienti inviati al 2° livello
3. n° di Pazienti con diagnosi confermata / n° di Pazienti inviati al 2° livello
4. n° di Pazienti che iniziano il trattamento / n° di Pazienti con diagnosi confermata
5. n° di Pazienti che terminano il trattamento / n° di Pazienti che iniziano il trattamento
6. n° di Pazienti migliorati / n° di Pazienti trattati

## **Analisi risorse necessarie**

### *Premessa*

I dati di seguito riportati si riferiscono all'intero campione selezionato, in altre parole si suppone che tutti coloro che ne hanno necessità sono poi sottoposti al trattamento; si deve tenere presente che, partendo da zero, si avrebbe inizialmente un andamento rapidamente crescente della domanda fino ad avere un picco massimo, una successiva diminuzione e quindi il raggiungimento di un plateau abbastanza stabile nel tempo.

### *Personale*

In base al n° di Soggetti da sottoporre al trattamento.

Grossolanamente, possiamo dividere in due tale gruppo secondo il tipo di trattamento, cioè Ortodonzia Intercettiva ed Ortodonzia Fissa.

### *Tempo medio necessario per anno di trattamento:*

(Ogni trattamento ortodontico dura mediamente due anni).

#### **ORTODONZIA INTERCETTIVA**

**Totale** **560' (ore 9.20)**

#### **ORTODONZIA FISSA**

**Totale** **730' (ore 12.10)**

36 (ore settimanali lavorate da un Medico a tempo pieno) x 46 (settimane lavorative) = **1656**

**Ti** (ore totali necessarie per O.Intercettiva): **1656** (ore anno/medico) = **Mi** (tot.medici necessari.)

**Tf** (ore totali necessarie per O.Fissa): **1656** (ore anno/medico) = **Mf** (tot.medici necessari)

**Mi + Mf = Mt** (totale Medici esperti in Ortodonzia necessari per il trattamento di tutti i Pazienti del campione prescelto)

*Infermieri* formati necessari per il Servizio di Ortodonzia = 1 per ogni Medico

*Odontotecnici*: necessari per l'Ortodonzia Intercettiva in numero di un'unità per ogni raggruppamento ambulatoriale nei giorni dedicati alla Ortodonzia Intercettiva.

A tali servizi vanno inoltre fornite le necessarie dotazioni di beni e servizi.

## **CONSIDERAZIONI E PROPOSTA ORGANIZZATIVA**

Il trattamento contemporaneo di tutti i soggetti in età evolutiva affetti da dismorfismi-paramorfismi è obiettivamente irrealizzabile in quanto richiederebbe risorse di personale, d'attrezzature e di materiali non esistenti né recuperabili in tempi ragionevoli.

Dividendo il campione in esame per fasce d'età (6 anni, 7 anni, ... 14 anni) si ottengono, per ogni anno considerato, numeri sicuramente inferiori: per esempio, considerando i dati dell'ASL3, i soggetti fino ai 14 anni d'età (22.400) che necessiterebbero di trattamento sarebbero circa 6.800; se tutti questi soggetti fossero trattati contemporaneamente occorrerebbero circa 45 medici a tempo pieno, 50 infermieri, 23 riuniti dedicati solo all'ortodonzia ecc.

Dividendo invece i soggetti di cui sopra (22.400) per le varie fasce d'età otteniamo un risultato abbastanza omogeneo di circa 1.400 ragazzi/fascia: considerando che andrebbero inviati al

trattamento circa un terzo di tali soggetti, ne avremmo circa 450 l'anno per fascia da trattare; togliendo a questa cifra un 33% (pz che si rivolgono al privato o semplicemente non si sottopongono alle cure) giungiamo ad un numero di pazienti/anno da trattare di circa 300, cifra sicuramente più ragionevole.

Iniziando a trattare nel primo anno i soggetti di 14 anni e scalando ogni anno almeno una fascia, trattando ogni anno i soggetti appartenenti a due fasce d'età adiacenti, si potrebbe nel giro di 4-5 anni sottoporre al trattamento i soggetti d'età compresa tra 6 ed 8 anni, avendo poi nel tempo un bilancio in pari tra i soggetti che iniziano il trattamento e quelli che lo terminano.

Il percorso ottimale e più breve sarebbe quindi:

MEDICINA SCOLASTICA → SERVIZIO DI ORTODONZIA

iniziando con lo screening dei ragazzi di 14 anni (terza media), secondo indici di valutazione da concordare tra i medici dei servizi interessati, standardizzati in tutta la regione.

Il trattamento ortodontico può essere assoggettato al pagamento di un ticket (es. 2/3 all'accettazione ed 1/3 al termine delle cure), basato sulla spesa dei materiali necessari al trattamento e/o al confezionamento da parte dell'odontotecnico di un manufatto mobile.

Non deve comunque essere sottaciuto né sottovalutato un problema di incentivazioni del personale: (incentivi da recuperare nelle plusvalenze): mediamente, nel privato, un ciclo di cure costa circa £ 3.000.000 per ogni anno di trattamento oltre allo studio del caso (£ 300.000) e l'apparecchio di contenzione finale (£ 300-500.000); è difficile ipotizzare che un medico specialista accetti di trattare oltre 100 casi l'anno con uno stipendio di circa £ 4.000.000 mensili.

### **E.3) Protesi**

Per quanto riguarda la fornitura di prestazioni tecnico scientifiche quali le protesi dentarie (fisse e mobili) si individua la seguente proposta da formalizzare nel triennio tramite protocolli operativi a valenza regionale (forniture di manufatti, percorso di accesso, modalità di contributo finanziario, etc.):

attivazione di un **servizio pubblico di protesi dentaria:**

- **obiettivo specifico:** fascia 3<sup>a</sup> età, in tale fascia statisticamente circa l'80% necessita di una riabilitazione stomatologica sia fissa, mobile o mista.
- **risorse necessarie per ogni USL** (in ogni USL si prevedono 3 o 4 punti di erogazione del servizio).

Personale (équipe minima):

- 2 Medici specialisti strutturati con un monte ore settimanali di 76 ore
- 2 Infermieri professionali addestrati
- 1 Igienista dentale

La fornitura dei manufatti protesici può essere assegnata con un bando pubblico a dei consorzi odontotecnici.

E' impegno del bando la loro assistenza continua durante le ore di protesi ed a loro carico sono tutti i materiali necessari per impronte correzioni di protesi.

**Percorso di accesso.** Il paziente prenota attraverso il CUP o direttamente presso il servizio una visita odontoiatrica per Protesi. Durante la visita lo Specialista consiglia il piano terapeutico più

idoneo ed il rappresentante del Consorzio di Odontotecnici stila un preventivo di spesa in base al redditometro.

Al paziente se decide di accettare il programma e firma il preventivo verrà dato un appuntamento per iniziare il trattamento.

I costi del manufatto sono a carico dell'utente in due parti il 70% alle impronte ed il 30% alla consegna.

E' necessario creare un FONDO REGIONALE per i costi delle protesi per pazienti indigenti o portatori di handicap.

## **F) SISTEMI OPERATIVI PER L'APPROPRIATEZZA GESTIONALE**

Oltre alle risorse umane strumentali, tecnologiche e conoscitive già in dotazione il progetto si avvarrà anche di importanti sinergie con Enti (Comuni, Provincie ect.), ed Istituzioni (Scuola, Università, etc.).

I responsabili dei servizi saranno chiamati oltre che a validare l'utilizzazione delle risorse già dedicate a codesto servizio (modalità di impiego degli operatori SUMAI, etc.), anche a riflettere sulla effettiva appropriatezza gestionale per calcolare più efficacemente le eventuali risorse aggiuntive.

Ciò permesso, perché vi sia un corretto rapporto dei mezzi di cui l'organizzazione sanitaria dispone, con i fini che questo Atto di indirizzo individua, è necessario definire alcuni sistemi operativi gestionali, pensandoli nella loro funzione di supporto al raggiungimento degli obiettivi di salute.

### **F.1) Attribuzione e gestione delle risorse**

In questa sede va tenuto conto de:

- le risorse esistenti e che in parte già perseguono gli obiettivi specifici di tale Atto;
- le risorse aggiuntive da recuperare in sede territoriale e distrettuale (referenti E.S., MMG e P.L.S., Sociale);
- inoltre i fondi finalizzati alla realizzazione del presente progetto che consistono in 700 milioni di lire per ciascuna delle annualità 2000 e 2001. Tali fondi saranno attribuiti alle Aziende Territoriali, in sede di riparto dei fondi per il 2000 e per il 2001, in base alla popolazione residente rispetto alle fasce di età 0-14 anni e oltre i 60 anni;
- le Aziende Ospedaliere si avvarranno dei finanziamenti a prestazione;
- le risorse di personale e di conoscenze derivanti dal rinnovo della Convenzione con l'Università come descritto nel capitolo D.2.

### **F.2) Sistemi di contabilità**

Le aziende sanitarie e l'Assessorato, avvalendosi dei sistemi di contabilità economico patrimoniale ed analitica, determinano i costi attribuibili ai servizi chiamati a realizzare il presente atto di indirizzo, in modo da poter effettuare analisi costi efficacia e costi efficienza e comparazioni tra servizi regionali e/o di altre regioni.

### **F.3) Valutazione di processo e di esito**

L'erogazione dei finanziamenti per il 2001 sarà subordinata alla verifica della effettiva realizzazione di programmi aziendali, da parte dell'apposito Gruppo di lavoro regionale (composto da delegati aziendali e rappresentanti dell'Assessorato), per la verifica del processo e degli esiti del presente Atto di indirizzo.

Verrà convocata, con cadenza almeno annuale, la conferenza dei rappresentanti dei diritti degli utenti per avere pareri sulla accessibilità e percorribilità dei servizi e delle proposte contenute nel presente Atto.

### **F.4) Accreditemento strutturale, professionale e formazione continua**

- Procedere all'accreditamento dei Servizi secondo i tempi e le procedure previste nella normativa nazionale;
- assicurare un'adeguata formazione a tutti gli operatori dei Servizi Odontoiatrici, in particolare prevedere attività di supporto formativo per il personale infermieristico che svolge funzione di "assistente alla poltrona";
- prevedere la figura dell'igienista dentale nelle piante organiche delle Aziende Sanitarie.

### **F.5) Supporti conoscitivi: epidemiologia, sistema informativo, ricerca**

L'inadeguatezza della base conoscitiva come riportata in Cornice (punto A) fa sì che gli interventi che attualmente vengono forniti dalle Aziende Sanitarie siano inappropriati e rispondenti più ai bisogni urgenti che non inseriti in un programma organizzativo pianificato. Occorre quindi costruire nel triennio una base informativa per l'osservazione epidemiologica che rilevi oltreché lo stato di salute dentale, i cambiamenti delle malattie stesse anche la rispondenza agli indicatori proposti. Di conseguenza il tema individuato per l'anno 2000 riguarda la valutazione epidemiologica dello stato di salute dentale in un campione della popolazione umbra, mentre nel 2001 la ricerca riguarderà la valutazione di qualità dell'assistenza odontoiatrica.

## **G) MANUTENZIONE DEI CLIMI ORGANIZZATIVI E GESTIONE DEI RUOLI ESTERNI**

Tutte le organizzazioni hanno bisogno di creare un contesto motivazionale e relazionale tale da favorire l'identificazione dei membri nella "mission" aziendale, socializzare le regole formali ed informali che stanno alla base della vita dell'organizzazione e gestire rapporti con interlocutori esterni in modo da conseguire sinergie, rappresentare adeguatamente l'attività svolta in modo da giustificare agli occhi della società il suo costo di funzionamento e difendere la nicchia di risorse che ne garantiscono la sopravvivenza.

E' altrettanto evidente che dei professionisti chiamati a gestire questi momenti fondamentali per la vita dell'organizzazione non riescono a mettere in campo approcci efficaci (salvo rari casi dovuti a particolari sensibilità), non avendo nei loro curricula formativi acquisito specifiche competenze.



## **G.1) Clima interno**

Un primo elemento da curare è il clima interno attraverso:

- adeguate rappresentanze formali delle diverse componenti professionali, tecniche ed amministrative negli ambiti consultivi e decisionali (Riunioni di servizio, Conferenza di servizio, etc.);
- la creazione di momenti informali e non strutturati di relazioni tra i membri dell'organizzazione, un diversificato sistema premiante che valorizzi l'apporto dei fattori motivanti (riconoscimenti simbolici, gratificazioni sostanziali, valorizzazione dei contributi, cooptazione in commissioni di lavoro, richiesta di pareri, concessione di aree di ascolto, etc.) accanto ai fattori soddisfacenti (retribuzioni e compensi monetari in genere).

## **G.2) Ruoli esterni**

La gestione dei ruoli esterni rappresenta una delle principali funzioni di un dirigente in una organizzazione professionale. Nello specifico del settore di cui ci occupiamo, sono rilevanti, anche ai fini della realizzazione degli obiettivi individuati, le modalità con cui si gestiscono le relazioni con:

- associazioni sindacali;
- associazione consumatori;
- istituzioni scolastiche;
- rappresentanze dei genitori di ragazzi in età scolare;
- comunità terapeutiche;
- livelli politici territoriali.

E' bene concordare con la direzione aziendale le strategie e i relativi compiti, definire modalità di interazione su terreni e con approcci che riescano a prefigurare vantaggi reciproci, delimitando con cura le aree di intervento e verificandone la competenza alla specifica integrazione intersettoriale attivata.

## **H) CALENDARIO DEGLI IMPEGNI PER IL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PIANO**

1) Entro il primo anno:

- definizione e messa a punto del sistema epidemiologico di sorveglianza;
- avvio dei rapporti con il mondo della scuola;
- avvio degli screening come indicato nel punto E.2 (13, 14 anni);
- avvio programma protesi: creazione dei protocolli e avvio della loro applicazione;
- avvio programma prevenzione, educazione sanitaria come descritto nel punto E.1
- revisione convenzione con l'Università, come indicato nel punto D.2.

2) Entro il secondo anno:

- applicazione del sistema epidemiologico di sorveglianza;
- avvio attività di E.S. e prevenzione dentale (fluoroprofilassi) nelle scuole proseguendo come indicato nel punto E.1;
- prosecuzione screening come indicato nel punto E.2;
- prosecuzione applicazione protocolli protesi dentale;

3) Entro il terzo anno:

- prosecuzione applicazione del sistema epidemiologico di sorveglianza

- prime valutazioni tramite sistema informativo di sorveglianza epidemiologica;
- prosecuzione attività screening come indicato nel punto E.2 (tenendo presente eventuali aggiustamenti da apportare in seguito alle prime valutazioni);
- prosecuzione attività E.S. e prevenzione dentale come indicato nel punto E.1 (tenendo presente eventuali aggiustamenti da apportare in seguito alle prime valutazioni);
- prosecuzione applicazione protocolli protesi dentale (tenendo presente eventuali aggiustamenti da apportare in seguito alle prime valutazioni);
- valutazione degli accordi convenzionali con l'Università.