

# Decreto del Commissario ad acta

(delibera del Consiglio dei Ministri del 28 ottobre 2009)

N. 00087 del **18 DIC. 2009**

Proposta n. 23404 del 17/12/2009

**Oggetto:**

Approvazione Piano Sanitario Regionale 2010 - 2012

**Estensore**

CASERTANO LUCA

**Responsabile del Procedimento**

CASERTANO LUCA

**Il Dirigente d'Area**

L.CASERTANO

**Il Direttore Regionale**

G. GRIPPA

**Visto**  
**Il coordinatore dell'Ufficio Commissariale**

N. CAU

**Il Direttore del Dipartimento**

DIRET. PROTEMPORE G. MAGRINI

**Si esprime parere favorevole**

**Il Sub Commissario**

M. MORLACCO

**Decreto del Commissario ad acta  
(Delibera del Consiglio dei Ministri del 28 ottobre 2009)**

**DECRETO n.** 00087/2009

**Oggetto: Approvazione Piano Sanitario Regionale (PSR) 2010 – 2012**

**Il Commissario ad Acta**

**VISTO** il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente: “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni” ed , in particolare, l’articolo 1 del medesimo decreto legislativo ;

**VISTA** la legge 23 dicembre 1996, n. 662, recante “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica”;

**VISTA** la legge 30 dicembre 2004, n.311 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)” ed in particolare l’art.1, comma 180 che ha previsto per le regioni interessate, qualora si verificasse una situazione di squilibrio economico – finanziario, l’obbligo di procedere ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio;

**VISTA** l’Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 che in attuazione della Legge Finanziaria dello Stato pone in capo alla Regione:

- l’impegno ad adottare provvedimenti in ordine alla razionalizzazione della rete ospedaliera con l’obiettivo, tra l’altro, del raggiungimento degli standard nazionali relativi alla dotazione di posti letto per mille abitanti e al tasso di ospedalizzazione (art.4);
- l’obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi sull’indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l’equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale nel suo complesso, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo economico per l’anno di riferimento (art.6);
- la stipula - in relazione a quanto disposto dall’art.1 comma 180 della Legge 30 dicembre 2004 - con i Ministri dell’Economia e della Salute di un apposito accordo

che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza (art.8);

**VISTA** la legge 27 dicembre 2006, n.296 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)" e, in particolare l'art.1, comma 796, lett. b) che ha istituito per il triennio 2007 – 2009 il Fondo transitorio per le regioni con disavanzi elevati, subordinando l'accesso allo stesso alla sottoscrizione di un apposito accordo, tra i Ministri della Salute, dell'Economia e Finanze e la Regione interessata, ai sensi dell'art.1, comma 180, della L. n.311/04;

**RILEVATO** in proposito che, così come previsto dallo stesso art.1, comma 796, lett. b), il predetto accordo deve essere comprensivo di uno specifico piano di rientro, contenente tra l'altro le misure per l'azzeramento del disavanzo entro il 2010;

**VISTA** la L.R. 28 dicembre 2006, n.27 "Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2007 (art.11, L.R. 20 novembre 2001, n.25)" e, in particolare, l'art. 8 concernente le misure di attuazione del patto nazionale sulla salute;

**VISTE** le deliberazioni della Giunta Regionale del Lazio:

- n.66 del 12 febbraio 2007 concernente: "Approvazione del "Piano di Rientro" per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art.1, comma 180, della Legge 311/2004";
- n.149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: "Preso d'atto dell'Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del "Piano di Rientro";

**RILEVATO**, in particolare, che:

- il predetto piano di rientro prevede interventi generali e specifici all'interno dei quali sono sviluppati obiettivi operativi ed interventi con l'indicazione, per ognuno di essi dei tempi e dei modi di realizzazione;
- tra gli obiettivi individuati nel Piano di Rientro rivestono particolare importanza quelli relativi alla riorganizzazione della rete ospedaliera pubblica e privata;

**VISTO** il Decreto Legge n. 112/08 convertito nella Legge n. 133/08, recante disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria, con particolare riferimento all'art. 79 riguardante la "Programmazione delle risorse per la spesa sanitaria";

**VISTA** la Deliberazione del Presidente del Consiglio dei Ministri del 11 luglio 2008, con la quale il Presidente della Regione Lazio, Pietro Marrazzo, è stato nominato

“Commissario ad Acta” per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel piano di rientro dai disavanzi regionali nel settore sanitario;

**CONSIDERATO** che al punto 11) della succitata Deliberazione è previsto che il Commissario ad acta approvi il Piano Sanitario Regionale (PSR);

**VISTA** la legge regionale 11 agosto 2008 n. 14;

**VISTO** l'articolo 1, comma 2, della Legge 662/96;

**VISTO** l'articolo 1, comma 796, lettera b) Legge 296/2006(Finanziaria 2007);

**VISTA** la proposta di PSR elaborata da Laziosanità – Agenzia di Sanità Pubblica trasmessa al Presidente della Regione in qualità di commissario ad acta con nota prot. n. 2495/ASP/DG del 20.3.2009;

**PRESO ATTO** che in data 24/03/2009 e 31/03/2009, il Commissario ad acta ha inviato la proposta di Piano sanitario Regionale elaborata da Laziosanità – ASP per i previsti pareri al Consiglio Regionale, al Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali, al Tavolo di monitoraggio presso il MEF, alle Università in attuazione dell'articolo 1, comma 14, D.Lgs. 502/92 e s.m.i. e del DM del 04/05/2001;

**VISTI** i pareri pervenuti dal Direttore della Programmazione Sanitaria del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, dall'Università “La Sapienza” e dall'Università di Tor Vergata;

**CONSIDERATO** che sulla proposta del Commissario ad acta di cui sopra la XIII Commissione permanente, Sanità, del Consiglio Regionale ha svolto numerose audizioni con i soggetti a vario titolo interessati recependo le osservazioni di 34 soggetti auditi e dell'Ordine dei Medici di Roma in rappresentanza di 68 società scientifiche;

**CONSIDERATO** che a seguito di tale percorso la Commissione Consiliare di cui sopra nella seduta n. 35 del 13.10.2009 ha espresso parere favorevole sulla proposta integrata e modificata in alcune sue parti;

**CONSIDERATO** che in data 15.10.2009 il Presidente della Giunta Regionale e Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro ha illustrato in una specifica Seduta straordinaria (la n. 146/2009) i contenuti dell'approvando Piano sanitario Regionale trasmessa dalla XIII Commissione permanente (Sanità) ;

**VISTA** la Deliberazione del Presidente del Consiglio dei Ministri del 28 ottobre 2009,

con la quale, a seguito delle dimissioni presentate dal Presidente della Regione Lazio, Pietro Marrazzo, è stato nominato "Commissario ad Acta" per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel piano di rientro dai disavanzi regionali nel settore sanitario, il Prof. Elio Guzzanti;

**VISTA** l'intervenuta stipula della Intesa Stato - Regioni del 3 dicembre 2009 - Repertorio n. 243/CSR concernente il nuovo Patto della Salute per gli anni 2010-2012;

**RITENUTO** necessario, nel far propria la proposta trasmessa dal Consiglio Regionale, adeguare la stessa alle previsioni e ai contenuti del citato Patto della Salute 2010-2012, oltre che individuare ulteriori interventi indispensabili alla realizzazione degli obiettivi previsti nel Piano di rientro;

**RITENUTO** pertanto necessario integrare e/o modificare alcune parti del testo trasmesso al fine, in particolare, di indicare le linee direttive e i criteri in base ai quali dovrà essere elaborato il Piano Ospedaliero ed adottati i nuovi atti aziendali attualmente sospesi per effetto dell'articolo 1, comma 66, lettera a) della L.R. n. 14/2008;

**CONSIDERATO** quanto previsto agli articoli 6, commi 2, 3 e 4, e 16, comma 2 del Patto della salute 2010-2012, che testualmente prevedono:

Art. 6, comma 2. "Rispetto a tali standard è compatibile una variazione, che non può superare il 5% in aumento fino alla definizione di una diversa misura da parte della Conferenza Stato - Regioni sulla base di un'apposita valutazione effettuata dalla Struttura tecnica di monitoraggio con il supporto dell'Agenas, in relazione a condizioni demografiche relative al peso della popolazione ultrasettantacinquenne. I provvedimenti da adottare per il raggiungimento di tale obiettivo devono prevedere il raggiungimento dello standard entro l'anno 2011, precisando gli obiettivi intermedi per l'anno 2010, oggetto di verifica. Restano ferme eventuali minori dotazioni programmate nelle Regioni impegnate nei piani di rientro.

Comma 3. Nei medesimi standard non è compresa la quota di posti letto dedicati in via prevalente o esclusiva ai pazienti provenienti dalle altre regioni, registrata nell'anno 2008, fino alla stipula dell'accordo di cui al comma 4.

Comma 4. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 19, entro il 30 giugno 2010 in sede di Conferenza Stato-Regioni è definito un Accordo per la fissazione dei principi di programmazione dei posti letto dedicati in via prevalente o esclusiva ai pazienti provenienti dalle altre regioni."

Art. 16 comma 2. "Al fine di dare attuazione al punto 4.6 del Patto per la salute si conviene di stipulare entro il 30 giugno 2010 l'Intesa Stato-Regioni finalizzata a promuovere adeguati processi di qualificazione della rete per l'assistenza ospedaliera

con la definizione di indirizzi e linee di razionalizzazione della funzione ospedaliera, su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze sulla base di un documento tecnico redatto dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali entro il 31 marzo 2010".

**RITENUTO**, pertanto, di riservarsi l'emanazione di successivi atti al fine di recepire le conclusioni delle eventuali Intese Stato-Regioni che dovessero positivamente concludersi sugli argomenti di cui ai citati articoli 6, commi 2, 3 e 4, e 16, comma 2 del Patto della salute 2010-2012;

**CONSIDERATE** pertanto le modifiche e le integrazioni relative alle materie di cui sopra nonché il coordinamento formale del testo necessario per correggere/eliminare/integrare alcune frasi e/o paragrafi non coerenti o comunque da demandare a successivi provvedimenti specifici attuativi dei principi contenuti nel Piano stesso;

Per i motivi di cui in narrativa che costituiscono parte integrante del presente provvedimento :

#### DECRETA

1. di approvare, quale adempimento previsto dal punto 11) della Deliberazione del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'11 luglio 2008 e del 28 ottobre 2009, il Piano Sanitario Regionale per il periodo 2010-2012 che, allegato al presente atto (Allegato A), ne forma parte integrante e sostanziale unitamente agli Allegati 1, 2 e 3 ;
2. di riservarsi l'emanazione di successivi atti al fine di recepire le conclusioni delle eventuali Intese Stato-Regioni che dovessero positivamente concludersi sugli argomenti di cui ai citati articoli 6, commi 2, 3 e 4, e 16, comma 2 del Patto della salute 2010-2012;
3. di dare mandato ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e alle competenti strutture dell'Assessorato alla sanità , di adottare tutti gli atti necessari affinché i processi di riconversione, riqualificazione e rimodulazione dell'offerta sanitaria previste dal PSR siano completati sulla base delle direttive di volta in volta adottate e comunque nell'ambito di vigenza del Piano stesso;
4. di prevedere, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 1, comma 796, lettera b) Legge 296/2006, che le determinazioni contenute nel presente PSR possono comportare effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima Regione in materia di programmazione sanitaria;
5. le disposizioni di cui al presente decreto costituiscono obiettivi prioritari ai fini

segue decreto n. 40087 del 18 DIC. 2009

della valutazione dei Direttori Generali delle Aziende .

Il presente decreto ha validità dalla data della sua adozione e verrà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio nonché resa disponibile anche sul sito web della Regione Lazio all'indirizzo [www.regione.lazio.it](http://www.regione.lazio.it) nel link dedicato alla sanità tra le "Ultime notizie".



ALLEGATO A -  
PSR.doc

ELIO GUZZANTI

## Indice

<b>Introduzione</b> .....	pag. 5
<b>Parte I – Quadro di riferimento</b> .....	pag. 8
1. Premessa e principi del PSR .....	pag. 8
2. Contesto demografico ed elementi critici .....	pag. 9
3. Strategie .....	pag. 14
a. <i>Strumenti di governo</i> .....	pag. 14
b. <i>Riequilibrio ospedale-territorio, centralità del Distretto, sviluppo dell'assistenza intermedia</i> .....	pag. 18
c. <i>Reti di attività di rilievo regionale</i> .....	pag. 19
d. <i>Promozione della salute e Prevenzione</i> .....	pag. 20
e. <i>Disuguaglianze socioeconomiche nella salute e nell'assistenza sanitaria</i> .....	pag. 21
<b>Parte II – Obiettivi di salute</b> .....	pag. 24
1. Introduzione e quadro epidemiologico .....	pag. 24
2. Malattie cardiovascolari .....	pag. 27
3. Malattie cerebrovascolari .....	pag. 30
4. Malattie oncologiche .....	pag. 32
5. Diabete .....	pag. 36
6. Malattie respiratorie .....	pag. 38
7. Demenze e malattia di Alzheimer .....	pag. 42
8. L'organizzazione dell'assistenza per la Salute mentale .....	pag. 43
9. Traumatismi negli anziani .....	pag. 45
10. Altre patologie di interesse prioritario .....	pag. 48
a. <i>Disturbi dell'alimentazione</i> .....	pag. 48
b. <i>Epilessia</i> .....	pag. 49
<b>Parte III – Linee d'indirizzo per l'offerta dei servizi e livelli assistenziali</b> .....	pag. 52
1. Assetto istituzionale del Servizio sanitario regionale ed elementi fondamentali del cambiamento .....	pag. 52
a. <i>Dal Piano di rientro al Piano sanitario: gli sviluppi pianificati</i> .....	pag. 52
b. <i>Il nuovo Patto per la salute 2010-2012</i> .....	pag. 53
c. <i>Assetto istituzionale del Servizio sanitario regionale</i> .....	pag. 61
2. Prevenzione e programmi di sanità pubblica .....	pag. 64
a. <i>Modelli e piani di prevenzione e contrasto ai determinanti sociali e ambientali della salute</i> .....	pag. 65
b. <i>Vaccinazioni</i> .....	pag. 82
c. <i>Programmi di screening</i> .....	pag. 83
d. <i>Piano pandemico</i> .....	pag. 85



e.	<i>Predisposizioni genetiche, medicina predittiva e di iniziativa</i> .....	pag. 86
3.	Servizi territoriali e Distretto .....	pag. 88
a.	<i>Considerazioni generali</i> .....	pag. 88
b.	<i>Integrazione sociosanitaria</i> .....	pag. 92
c.	<i>Centri di assistenza domiciliare, Assistenza domiciliare integrata</i> .....	pag. 94
d.	<i>Assistenza intermedia (Presidi territoriali di prossimità, Residenze sanitarie assistenziali, Hospice)</i> .....	pag. 96
e.	<i>Infermiere di comunità</i> .....	pag. 113
f.	<i>Medici di medicina generale</i> .....	pag. 115
g.	<i>Pediatrati di libera scelta</i> .....	pag. 119
h.	<i>Dipartimento di prevenzione</i> .....	pag. 120
h1	<i>Veterinaria</i> .....	pag. 123
i.	<i>L'organizzazione dell'assistenza per la Salute Mentale</i> .....	pag. 126
j.	<i>Sistema dei servizi per le dipendenze patologiche</i> .....	pag. 138
k.	<i>Consultori familiari</i> .....	pag. 140
l.	<i>La rete assistenziale dell'area della Medicina di Laboratorio:la riorganizzazione dei laboratori clinici</i> .....	pag. 142
l1	<i>La rete assistenziale dell'area della Medicina di Laboratorio: la riorganizzazione dei servizi di medicina trasfusionale</i> .....	pag. 148
m.	<i>Specialistica ambulatoriale</i> .....	pag. 152
n.	<i>La tutela della salute in carcere e in ambito penitenziario</i> .....	pag. 160
4.	Ospedale .....	pag. 164
a.	<i>Umanizzazione</i> .....	pag. 164
b.	<i>Attività ospedaliera per acuti</i> .....	pag. 166
1.	<i>Analisi della situazione attuale e benchmark</i> .....	pag. 166
2.	<i>Razionalizzazione, sviluppo e riqualificazione del sistema di offerta</i> .....	pag. 168
3.	<i>Le Reti ospedaliere regionali di alta specialità</i> .....	pag. 185
4.	<i>L'Emergenza</i> .....	pag. 187
5.	<i>L'Assistenza intensiva</i> .....	pag. 190
6.	<i>Riassetto organizzativo dell'attività assistenziale</i> .....	pag. 192
c.	<i>La rete ospedaliera di assistenza ostetrica e neonatale</i> .....	pag. 199
d.	<i>Linee di programmazione per l'ammodernamento della rete ospedaliera</i> .....	pag. 201
d1.	<i>Le aree di intervento prioritario nei singoli territori</i> .....	pag. 202
d2.	<i>Gli interventi in edilizia sanitaria e nelle dotazioni tecnologiche</i> .....	pag. 213
5.	Riabilitazione ospedaliera e lungodegenza post acuzie ospedaliere.....	pag. 236
a.	<i>Gli interventi per la tutela della salute mentale e la riabilitazione in età evolutiva (TSMREE)</i> .....	pag. 242
b.	<i>Le Demenze e la malattia di Alzheimer : l'organizzazione dell'assistenza e gli obiettivi di Piano</i> .....	pag. 246
c.	<i>Offerta riabilitativa ospedaliera</i> .....	pag 248.
6.	Aree di integrazione .....	pag. 259
a.	<i>Salute e multiethnicità</i> .....	pag. 259
b.	<i>Salute della donna</i> .....	pag. 264
c.	<i>Salute del bambino</i> .....	pag. 268

**PARTE IV - SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA E PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA ..... PAG. 272**  
1. Le risorse del sistema ..... pag. 272  
2. Quadro di compatibilità del PSR - Conclusioni ..... pag. 294

## **Allegati**

<b>1. Le reti per l'assistenza – Premessa.....</b>	<b>pag. 2</b>
a. Rete dell'emergenza .....	pag. 2
b. Percorso nascita .....	pag. 12
c. Rete pediatrica.....	pag. 17
d. Rete per l'assistenza all'ictus cerebrale acuto .....	pag. 41
e. Rete integrata per l'assistenza al trauma grave e neurotrauma .....	pag. 48
f. Rete assistenziale per l'emergenza cardiologica .....	pag. 54
g. Rete oncologica .....	pag. 60
h. Rete delle malattie infettive.....	pag. 84
<b>2. Linee di indirizzo per la riproposizione e approvazione dei nuovi atti aziendali a seguito della sospensione dei precedenti ai sensi dell'art. 1, comma 66, lett. a) della L.R. 14/2008 .....</b>	<b>pag. 91</b>
<b>3. Strumenti.....</b>	<b>pag. 101</b>

## INTRODUZIONE

Il quadro della sanità in Italia sta evolvendo in direzioni decisamente diverse rispetto allo scorso decennio. Nel corso di questi anni il modello aziendalistico, accanto all'introduzione di alcuni meccanismi positivi, ha mostrato dei limiti. I nuovi percorsi che si profilano a questo punto della storia del SSN individuano l'integrazione a rete e la cooperazione tra erogatori come superamento dell'attuale loro competizione e ricercano modelli organizzativi che valorizzino la multidisciplinarietà, l'integrazione professionale e la continuità dell'assistenza rispetto alla separazione di funzioni e di specialità. È tenendo presente questo quadro di riferimento che esperienze internazionali di modelli assistenziali integrati, dal punto di vista pubblico-privato come in Catalogna, o dei livelli assistenziali e dei percorsi clinici, quello della Kaiser Permanente in California, che risale al 1945, possono rappresentare utili riferimenti al fine di introdurre elementi di cambiamento nel Sistema sanitario regionale, garantendone, comunque, il carattere universalistico e i principi di equità e di solidarietà.

I cambiamenti sociali e scientifici impongono un'evoluzione dei servizi sanitari e le esperienze internazionali indicano la percorribilità di tale mutamento. Il Sistema sanitario regionale nel Lazio è di fatto ad un punto di svolta. La situazione di disavanzo che si è venuta a creare negli anni, a fronte di una struttura del Servizio sanitario troppo costosa e non efficace in misura corrispondente, comporta l'urgenza di cambiamenti in diverse direzioni. Il Piano di rientro ha rappresentato il mezzo con cui si sta affrontando l'emergenza. Il taglio del Piano ha privilegiato gli aspetti strettamente economici, senza rinunciare però ad una prospettiva di razionalizzazione degli interventi. Infatti, oltre ai tagli, si programmano cambiamenti tesi alla salvaguardia delle risorse sul lungo periodo. Ora però accanto a questo va definito un Piano che concili il guadagno di efficienza con un parallelo aumento di efficacia e di equità dell'azione del Servizio sanitario regionale e promuova la sua modernizzazione tecnica e organizzativa. Il presente Piano sanitario regionale intende fornire una prospettiva di cambiamento in questo senso. In esso si affrontano quindi i nodi strutturali urgenti della sanità regionale e si indicano le linee di sviluppo con una visione di più lungo respiro.

Il Piano per il triennio 2010-2012, coerentemente con l'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012 prevede una profonda trasformazione dell'organizzazione dei servizi assistenziali, mentre tutti i soggetti protagonisti della sanità – professionisti, operatori, amministratori, imprenditori, volontari, politici e cittadini – sono chiamati a operare in una prospettiva comune.

Va ricordato come le persone assistite dal SSR si trovano spesso in una situazione di incertezza e di asimmetria informativa rispetto agli erogatori di prestazioni sanitarie. Questi agiscono sia come fornitori di informazioni, indicando quali servizi sono loro necessari, sia come erogatori di questi stessi servizi. Questa asimmetria informativa rafforza il potere di monopolio dei professionisti. Se da un lato è dunque necessario agire sul versante della domanda favorendo la competenza del cittadino e delle comunità, dall'altro è inevitabile istituire meccanismi di governo e di regolazione dell'offerta in grado di corrispondere ai reali bisogni dei cittadini.

Il Piano non può peraltro essere caratterizzato solo dai pur necessari interventi di programmazione e regolamentazione dell'offerta, in grado di assicurare benefici di breve respiro e, quasi sempre, meramente economici. Piuttosto, la pianificazione deve essere basata sui bisogni di salute e di assistenza sanitaria dei cittadini, consentendo risposte in grado di armonizzare i diversi momenti assistenziali e di garantire la qualità e l'informazione per mezzo dei percorsi

clinico-assistenziali integrati. Il superamento di modelli aziendalistici rigidi deve quindi essere orientato a individuare le più efficaci forme di cooperazione tra le varie tipologie di soggetti erogatori e di integrazione delle risorse pubbliche e private presenti sul territorio, pur mantenendo forme di razionale incentivazione basate sull'efficacia e sull'appropriatezza dei servizi offerti.

Le esperienze nazionali e internazionali indicano come il potenziamento della promozione della salute, della prevenzione delle malattie e degli infortuni, dell'assistenza primaria e dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo dell'assistenza intermedia e l'integrazione dei livelli di assistenza possano consentire di rimodellare il ruolo degli ospedali per acuti con benefici sia in termini di salute della popolazione che di utilizzo efficiente delle risorse. Tali mutamenti appaiono necessari per fronteggiare la sfida che l'invecchiamento progressivo della popolazione e la diffusione delle malattie croniche pongono al sistema sanitario.

Per tradurre questi principi nella pratica occorre studiare quale sia il miglior inquadramento del governo della domanda e del governo dell'offerta, analizzando quali debbano essere i rapporti fra essi e se è plausibile in questa regione prevedere una loro separazione amministrativa. È necessario dunque produrre uno studio per definire le forme organizzative e amministrative più idonee a favorire responsabilità, autonomia e integrazione nel sistema sanitario da una parte e la partecipazione consapevole dei cittadini dall'altra. Le ASL devono rafforzare e perfezionare il loro ruolo nel governo della domanda: da una parte l'orientamento dei cittadini verso le prestazioni sanitarie e la definizione delle prestazioni accessibili, acquistabili, appropriate e di buona qualità, dall'altra il controllo di tali prestazioni e degli erogatori. Le ASL dovranno anche rafforzare il loro ruolo nel governo dei servizi territoriali, dell'assistenza intermedia e della prevenzione. Le ASL dovranno quindi far funzionare gli strumenti di regolazione del sistema sia dal punto di vista della generazione della domanda, sia dal punto di vista amministrativo-valutativo, sia infine dal lato tecnico attraverso i servizi territoriali e l'assistenza primaria.

Vanno poi definiti i termini organizzativi che favoriscano da parte dei soggetti erogatori la modulazione dell'offerta sulla base della domanda governata dalle ASL, modificando funzioni fonte di inefficacia e inefficienza, integrando attività e organizzazioni per fornire una risposta adeguata alle esigenze e realizzando economie di scala. In questo senso le Aziende ospedaliere e universitarie, i presidi ospedalieri e gli IRCCS insieme agli altri servizi sanitari dovranno integrarsi in Reti assistenziali che costituiscono la modalità di offerta privilegiata nei piani della Regione Lazio. In tal modo, oltre a formare una rete di erogatori di assistenza ospedaliera (che includono attività ordinarie, diurna e ambulatori), dovranno interfacciarsi con i servizi territoriali per la garanzia della continuità assistenziale e per l'organizzazione di reti di assistenza rispondenti ai bisogni delle persone assistite.

La sfida di trasformazione e di miglioramento dei servizi sanitari è resa più ardua da altri fenomeni che spingono verso un aumento della spesa in sanità; fenomeni che non possono essere ascrivibili solo a inappropriatezza, sprechi, inefficienze o pressioni economiche dell'industria o degli erogatori, ma che sono bensì legati ai progressi delle tecnologie e delle conoscenze in termini di terapie e prevenzione:

1. le biotecnologie, un elemento del progresso scientifico che costituisce una speranza di miglioramento della salute e, nello stesso tempo, un problema di risorse per il Servizio sanitario pubblico. Si rendono disponibili sul mercato farmaci e marcatori di rischio che possono rivoluzionare terapie e prevenzione, ma pongono nuovi problemi nelle pratiche terapeutiche dove al miglioramento degli esiti si affianca l'aumento dei costi. Al momento l'utilizzo di questi farmaci e di questi test è limitato, ma si affacciano già prospettive di uso ben più

diffuso. Ciò metterà il servizio sanitario di fronte alla difficile situazione di non poter offrire sempre la terapia sicuramente più efficace, ma quella più costo-efficace, ovvero quella che avrà un costo per anno di vita esente da disabilità guadagnato che i decisori riterranno accettabile. Nel campo delle terapie questo è uno scenario inedito. Fino ad ora, infatti, il SSR ha offerto e offre le cure più efficaci indipendentemente dal costo;

2. il limite di demarcazione fra malattia e salute è sfumato in un continuum che include una definizione quantitativa di benessere psicofisico (definizione OMS). In questo panorama definire quante persone necessitino di interventi o terapie da parte del SSR diventa complesso e può aprire a scenari in cui la prevalenza di persone definite malate si amplia notevolmente. Ad esempio in farmacoprevenzione, se si procede con il progressivo abbassamento delle soglie di colesterolemia o di pressione arteriosa considerate a basso rischio, si definirà una grossa fetta della popolazione "sana" come target per i trattamenti.

Ciò mette in crisi i principi e i criteri stabiliti sin dalla istituzione del SSN nel 1978, diretti a tutelare la salute e non più solo a trattare le persone malate secondo il precedente modello mutualistico. Il SSR ha il dovere di governare l'ingresso e l'utilizzo delle nuove tecnologie cercando di massimizzare i benefici che possono essere ottenuti con le risorse a disposizione, nella consapevolezza che un sistema di sanità pubblica ha come obiettivo evitare che le disuguaglianze sociali diventino disuguaglianze nell'accesso alle prestazioni appropriate.

Le strade per rendere attuabile il percorso e governabili le novità sono tracciate nel presente PSR 2010-2012 che individua nell'autorizzazione, nell'accreditamento, negli accordi e nei contratti, nei sistemi tariffari e nelle funzioni affidate da programmi regionali gli strumenti necessari su cui far leva per trasformare l'organizzazione dei servizi sanitari nella nostra regione.

## **PARTE I – QUADRO DI RIFERIMENTO**

### **1. Premessa e principi del PSR**

#### **Premessa**

Il Piano sanitario regionale del Lazio (PSR) per il triennio 2010-2012 è il documento di indirizzo che definisce le strategie e le priorità di intervento, gli obiettivi e le linee di attività del Servizio sanitario regionale (SSR) quale espressione dell'adattamento locale dei principi, criteri e modelli contenuti nell'Intesa Stato-Regioni di recepimento del Patto per la salute 2010-2012.

La programmazione della Regione Lazio, basata sulle strategie delineate nel presente Piano ed enunciate anche nel Piano di rientro e nei Decreti 25 e 43 2008 del Commissario ad Acta, verrà completata tramite successive deliberazioni, anche in conseguenza della ricordata Intesa che rimanda a provvedimenti da assumere entro il 2010.

#### **Principi**

I principi a cui il Piano fa riferimento sono i seguenti:

- promuovere unitarietà e coesione del SSR, garantire l'integrazione dei servizi e la continuità delle prestazioni erogate dai tre livelli essenziali di assistenza;
- perseguire l'equità nella tutela della salute, nell'assistenza sanitaria e nell'allocazione delle risorse, considerando la solidarietà come strumento di inclusione verso le persone svantaggiate e più fragili;
- ridurre i disagi e le sofferenze dei malati e umanizzare l'assistenza, valorizzando l'importanza del rapporto relazionale in ogni contatto tra l'assistito e il sistema sanitario;
- riscattare i valori etici – onestà, trasparenza, lotta alla corruzione – come principi dell'organizzazione del SSR, anche per garantire reali recuperi di efficacia ed efficienza e per incentivare la motivazione del personale;
- conferire alle ASL migliori strumenti per rinforzare la committenza e l'attività di controllo della qualità e quantità delle prestazioni;
- promuovere la multidisciplinarietà nell'organizzazione dei servizi assistenziali, privilegiando i modelli di rete in grado di accompagnare i cittadini con continuità;
- fare assegnamento sull'intersettorialità nella promozione della salute e nella prevenzione delle malattie, coerentemente con il presupposto che le condizioni di salute della popolazione dipendono in larga misura da determinanti eco-bio-psico-sociali;
- rivalutare competenze, merito e responsabilizzazione, stabiliti in base a valori professionali, del personale SSR come garanzia per la qualità delle prestazioni, promuovendo anche la responsabilità sociale dell'intero SSR;
- promuovere la capacità dei cittadini nei riguardi delle scelte per la tutela della propria salute, del consenso e della partecipazione come arma per il miglioramento della qualità delle prestazioni erogate dai servizi sanitari, non solo in senso tecnico, ma anche nei comportamenti e nella comunicazione;
- riequilibrare i livelli assistenziali, trasferendo al territorio prestazioni attualmente erogate in modo inappropriato dalle strutture ospedaliere e potenziando e riqualificando i servizi distrettuali e l'assistenza primaria; demedicalizzare gli interventi a prevalente impronta sociale e realizzare l'integrazione sociosanitaria.

## 2. Contesto demografico ed elementi critici

Il presente capitolo non analizza in maniera esaustiva e sistematica il contesto in cui opera il Servizio sanitario regionale e gli elementi di criticità storici o emergenti del sistema. Si vogliono individuare, piuttosto, alcuni punti che appaiono connotare peculiarmente la situazione del territorio regionale, e dei quali si deve tenere debitamente conto nel definire il contenuto delle linee di programmazione.

Il quadro demografico della popolazione laziale (5.626.710 abitanti, dati ISTAT 1/1/2009) è caratterizzato da una tendenza all'invecchiamento, con un incremento della classe di età 65 anni e oltre di circa il 20% in un decennio che ha portato la consistenza numerica di questa classe di età superiore al milione di persone. Questo dato, congiuntamente alle dinamiche epidemiologiche, rende conto delle modificazioni complessive in atto nelle necessità assistenziali e sanitarie della popolazione.

Gli indicatori demografici disponibili delineano per il Lazio una situazione caratterizzata da:

- un progressivo invecchiamento della popolazione (l'indice di vecchiaia è incrementato da un valore pari a 130 nel 2002 a 140 nel 2007), soprattutto in alcune zone di Roma e nelle province di Viterbo e Rieti;
- un forte incremento della quota di popolazione immigrata, soprattutto a Roma (dove nel 2007 ha raggiunto il 6,9%) e a Viterbo (5,1%), mentre nel resto della regione la presenza è molto inferiore alla media nazionale (3,1% rispetto a 5%);
- qualche segnale di ripresa della dinamica demografica (il tasso di natalità dal 2001 al 2007 è passato da 9,3/1.000 a 9,8/1.000), probabilmente legato al fenomeno di cui al punto precedente.

Dal 1 gennaio 2002 al 1 gennaio 2009 la popolazione residente della regione Lazio è aumentata di circa 500.000 abitanti. Il maggior incremento è stato osservato nella provincia romana (escluso il comune di Roma).

Il saldo naturale (= N° nati - N° morti) è risultato positivo nella provincia di Latina e negativo, in ordine decrescente, nelle province di Rieti, Viterbo, Frosinone.

Il saldo migratorio negli ultimi 5 anni è risultato positivo in tutte le province della regione (massimo a Roma, minimo a Frosinone). Il comune di Roma ha riportato il più elevato saldo migratorio (in valori assoluti: +243.180 su 2.547.677 abitanti all'inizio del periodo).

Nelle tabelle seguenti vengono riportate le popolazioni regionale, del comune di Roma, della provincia di Roma escluso il comune e delle altre province del Lazio al 1/1/2009.



Tabella. Popolazione Lazio per genere e classe di età. Anno 2009

	Classi di età										
	0-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-54	55-64	65 e +	Totale
<b>Maschi</b>	403141	139561	144976	166111	205346	230213	235929	391946	322904	463867	2703994
<b>Femmine</b>	381912	131863	138636	165311	205936	237797	244578	415052	359101	642530	2922716
<b>Totale</b>	<b>785053</b>	<b>271424</b>	<b>283612</b>	<b>331422</b>	<b>411282</b>	<b>468010</b>	<b>480507</b>	<b>806998</b>	<b>682005</b>	<b>1106397</b>	<b>5626710</b>

Tabella. Popolazione Roma Comune per genere e classe di età. Anno 2009

	Classi di età										
	0-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-54	55-64	65 e +	Totale
<b>Maschi</b>	196096	64209	65166	75243	97113	113579	117003	190880	155590	241445	1316324
<b>Femmine</b>	186312	60746	62171	75835	97177	119116	124270	209615	187225	352066	1474533
<b>Totale</b>	<b>382408</b>	<b>124955</b>	<b>127337</b>	<b>151078</b>	<b>194290</b>	<b>232695</b>	<b>241273</b>	<b>400495</b>	<b>342815</b>	<b>593511</b>	<b>2790857</b>

Tabella. Popolazione Roma Provincia per genere e classe di età. Anno 2009

	Classi di età										
	0-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-54	55-64	65 e +	Totale
<b>Maschi</b>	102540	34872	35664	41269	51227	57717	58645	95705	74512	94192	646343
<b>Femmine</b>	96946	32797	34427	41174	52595	58983	58950	96598	77202	123163	672835
<b>Totale</b>	<b>199486</b>	<b>67669</b>	<b>70091</b>	<b>82443</b>	<b>103822</b>	<b>116700</b>	<b>117595</b>	<b>192303</b>	<b>151714</b>	<b>217355</b>	<b>1319178</b>

Tabella. Popolazione Viterbo per genere e classe di età. Anno 2009

	Classi di età										
	0-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-54	55-64	65 e +	Totale
<b>Maschi</b>	20143	7545	8421	9651	11676	12205	12976	22705	19989	28529	153840
<b>Femmine</b>	19221	6924	7980	9557	11522	12448	12695	23067	20377	37892	161683
<b>Totale</b>	<b>39364</b>	<b>14469</b>	<b>16401</b>	<b>19208</b>	<b>23198</b>	<b>24653</b>	<b>25671</b>	<b>45772</b>	<b>40366</b>	<b>66421</b>	<b>315523</b>

Tabella. Popolazione Rieti per genere e classe di età. Anno 2009

	Classi di età										
	0-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-54	55-64	65 e +	Totale
<b>Maschi</b>	10106	3933	4100	4703	5561	5930	6348	11340	10177	15633	77831
<b>Femmine</b>	9409	3715	4029	4503	5520	5878	6288	11309	9977	20559	81187
<b>Totale</b>	<b>19515</b>	<b>7648</b>	<b>8129</b>	<b>9206</b>	<b>11081</b>	<b>11808</b>	<b>12636</b>	<b>22649</b>	<b>20154</b>	<b>36192</b>	<b>159018</b>

Tabella. Popolazione Latina per genere e classe di età. Anno 2009

	Classi di età										
	0-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-54	55-64	65 e +	Totale
<b>Maschi</b>	40705	15126	16299	18335	21516	22427	22266	36815	31791	41611	266891
<b>Femmine</b>	38496	14435	15481	17868	21141	22672	22837	38763	33499	53134	278326
<b>Totale</b>	<b>79201</b>	<b>29561</b>	<b>31780</b>	<b>36203</b>	<b>42657</b>	<b>45099</b>	<b>45103</b>	<b>75578</b>	<b>65290</b>	<b>94745</b>	<b>545217</b>

Tabella. Popolazione Frosinone per genere e classe di età. Anno 2009

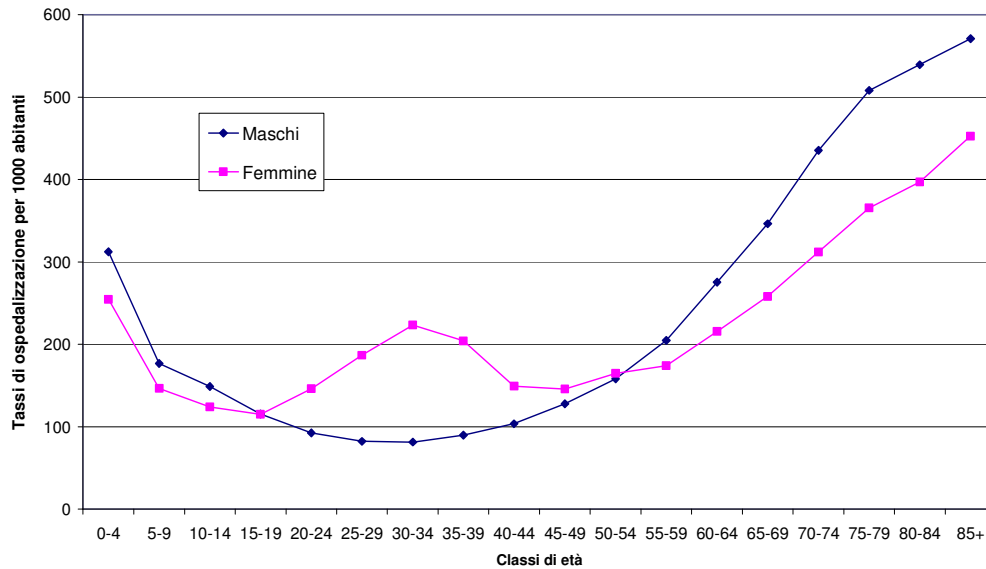
	Classi di età										
	0-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-54	55-64	65 e +	Totale
<b>Maschi</b>	33551	13876	15326	16910	18253	18355	18691	34501	30845	42457	242765
<b>Femmine</b>	31528	13246	14548	16374	17981	18700	19538	35700	30821	55716	254152
<b>Totale</b>	<b>65079</b>	<b>27122</b>	<b>29874</b>	<b>33284</b>	<b>36234</b>	<b>37055</b>	<b>38229</b>	<b>70201</b>	<b>61666</b>	<b>98173</b>	<b>496917</b>

Il sistema istituzionale entro cui si colloca la programmazione sanitaria regionale è considerevolmente articolato: la Regione è suddivisa amministrativamente in 5 province e 378 comuni (di cui 121 appartenenti alla provincia di Roma). La presenza della Capitale (suddivisa in 19 municipi), che comprende circa la metà della popolazione residente in regione e costituisce un'estensione territoriale notevole, pari a 1.286 km<sup>2</sup> (il più esteso comune d'Europa), costituisce una condizione di particolarità rispetto alle altre regioni italiane, soprattutto se si considera che il Servizio sanitario regionale è caratterizzato da una marcata prevalenza della componente ospedaliera, che per le ragioni citate è concentrata soprattutto nell'area metropolitana, rispetto ai servizi territoriali. Si consideri che la legge 5 maggio 2009, n. 42, riguardante il federalismo fiscale, riconosce all'art.24 l'"ordinamento transitorio di Roma capitale" che manterrà le sue funzioni anche quando saranno istituite le città metropolitane. Se il territorio metropolitano includerà Roma e la Provincia di Roma, vi risiederà circa il 73% della popolazione della Regione, una situazione particolare e unica in Italia anche per quanto riguarda l'assistenza sanitaria.

Persistono problematiche relative all'appropriatezza dei trattamenti erogati in ambito ospedaliero. I tre livelli essenziali di assistenza sono scarsamente integrati tra loro e con i servizi sociali, derivandone una situazione che conduce carenze e discontinuità nell'assistenza.

Secondo i dati al 1 gennaio 2009, sono attive nel territorio regionale 12 Aziende sanitarie locali, con una popolazione assistita residente che varia da 159.018 (ASL di Rieti) a 690.712 abitanti (ASL RMB), articolate in 55 Distretti sanitari e 50 Presidi ospedalieri a gestione diretta. Sono presenti inoltre 3 Aziende ospedaliere di rilievo nazionale, 1 Azienda ospedaliera integrata con l'Università, 4 Aziende ospedaliere universitarie, 1 Azienda per l'emergenza sanitaria, 7 Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di cui 2 di riabilitazione, 38 strutture private accreditate per il ricovero di pazienti acuti, 7 ospedali classificati. La regione Lazio inoltre presenta il più elevato rapporto medici di medicina generale/abitanti dell'intero territorio nazionale. La componente privata, sia ospedaliera sia relativa ai servizi specialistici ambulatoriali e di diagnostica, è rilevante; pertanto si sono manifestate evidenti difficoltà nel ricondurla all'interno della programmazione regionale e locale, anche per gli insufficienti strumenti disponibili per esercitare pienamente la funzione di committenza da parte delle Aziende sanitarie locali. Il numero complessivo di dimissioni di residenti nel 2008, compresa la lungodegenza e la riabilitazione, è stato di 1.062.765, con tassi grezzi di ospedalizzazione per sesso ed età (1.134.497 ricoveri di residenti, compresa la mobilità passiva) che seguono l'andamento riportato nel grafico seguente.

**TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER SESSO E CLASSE D'ETA'. ANNO 2008**



Di conseguenza, visto l'andamento della popolazione del Lazio, è possibile supporre per il futuro un aumento dei ricoveri, in particolare per le fasce più anziane, e un maggiore assorbimento di risorse pro capite.

Dai dati del SiStaR Lazio si confermerebbe una differenziazione nello sviluppo delle varie aree risultando la provincia di Latina e quella di Roma (escluso il comune capitolino) come le più dinamiche con una crescita particolarmente intensa, quelle di Frosinone e Viterbo caratterizzate da una più debole evoluzione e la provincia di Rieti da una sostanziale stabilità. Il comune di Roma proseguirebbe nella tendenza decrescente osservata nell'ultimo periodo seppure attenuata nell'ipotesi più ottimistica.

Di conseguenza, lo stato di salute appare fortemente influenzato dall'occorrenza di malattie cronic-degenerative, che, pur presentando caratteristiche e storie naturali diverse, danno luogo a bisogni assistenziali per i quali le risposte territoriali sono maggiormente efficaci (medici di medicina generale, assistenza domiciliare, integrazione sociosanitaria), ma che richiedono la garanzia di accesso rapido all'assistenza ospedaliera, anche di tipo intensivo, in occasione della comparsa di eventi acuti, complicanze e riacutizzazioni.

La centralità del Distretto e la sua autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, così come definite dal D.Lgs 19 giugno 1999, n. 229, non trovano ancora piena applicazione.

Il settore dell'assistenza intermedia (Presidi territoriali di prossimità, Hospice, Residenze sanitarie assistenziali, strutture protette per anziani) appare non adeguatamente sviluppato e impropriamente utilizzato in parte delle sue componenti (ad esempio, RSA trasformate in lungodegenze), favorendo così, in assenza di risposte domiciliari adeguate, l'istituzionalizzazione e la non autosufficienza.

Un altro punto di criticità è rappresentato dalla storica debolezza e dallo scarso coordinamento dei programmi di promozione della salute e di prevenzione. Attualmente, in questo ambito, è in fase di attuazione il Piano regionale della prevenzione, che costituisce il primo tentativo di coordinare alcune delle linee di attività che caratterizzano questo settore.

Per quanto concerne gli strumenti della programmazione, si sottolineano le difficoltà di giungere ad un'effettiva integrazione con l'ambito sociale ai sensi del D.Lgs 19 giugno 1999, n. 229, "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della Legge 30 novembre 1998, n. 419" e della L. 8 novembre 2000, n. 328, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali". Inoltre, il processo di pianificazione a livello di Azienda sanitaria non appare adeguatamente sviluppato per quanto riguarda l'elaborazione e l'adozione dei Piani attuativi locali.

Il quadro brevemente delineato si traduce, a livello del singolo cittadino, nella condizione ben descritta dalle scienze sociologiche ed economiche, ovvero nella "solitudine competitiva": ciascuno, a fronte di un problema di salute e/o sociale, ricerca, nell'ambito delle proprie capacità e possibilità e del proprio capitale sociale, una risposta e una soluzione individuale, competendo con altri portatori delle stesse problematiche in una situazione di scarsa presenza del servizio pubblico nell'orientare e garantire percorsi equi ed efficaci nei vari snodi della rete dei servizi.

Gli operatori dei servizi, d'altra parte, si trovano spesso in una condizione difficile, derivante dall'eccessiva frammentazione e specializzazione e da incongruità organizzative: la perdita della visione unitaria e la riduzione della complessità, di cui è portatore ciascun individuo, ad un approccio meramente specialistico o d'organo conducono ad una disumanizzazione della relazione e riducono l'efficacia dei singoli interventi.

Per quanto riguarda la partecipazione delle comunità locali, si vogliono in questa sede sottolineare le permanenti difficoltà nell'avvicinare sanità ed Enti locali affinché le decisioni programmatiche avvengano in forma integrata, al medesimo livello in cui dovrebbe compiersi la valutazione dei bisogni, e cioè nel Distretto/ambito sociale. Ciò rende necessario lo sviluppo di strette relazioni a livello locale e della rete dei servizi di base, valorizzando come già accennato il ruolo del Distretto.

A livello ospedaliero l'integrazione funzionale e a rete dei servizi non appare sufficientemente sviluppata, configurando una situazione di scarsa interdipendenza che conduce al tempo stesso a duplicazioni, carenze e intemperatività nella risposta.

L'insufficienza delle risorse, rispetto ai bisogni, caratteristica di ogni sistema economico, e i vincoli stabiliti nel Piano di rientro impongono una ridefinizione delle priorità d'azione e un deciso indirizzo delle azioni verso la creazione di reti e sinergie non solamente tra i servizi sanitari ma anche tra questi e altri settori della società che possono determinare fortemente lo stato di salute e di benessere della popolazione.

In relazione alla situazione ora tratteggiata bisogna adottare una nuova modalità di pensare all'organizzazione, in cui la valutazione rappresenta un anello importante della catena decisionale, da impiegare nella pratica corrente ad ogni livello, organizzata in modo sistematico e con strumenti condivisi. La valutazione deve riguardare le diverse dimensioni dell'offerta dei servizi, mediante l'utilizzo di indicatori di qualità, di processo e di esito, relativi agli aspetti clinici, organizzativi e di partecipazione da parte delle persone assistite.

### 3. Strategie

#### 3.a Strumenti di governo

A fronte delle problematiche evidenziate nel precedente paragrafo, occorre definire le strategie attraverso cui si intende fornire risposte adeguate. Questo Piano individua tre ambiti di grande rilevanza:

- A. l'esigenza di evoluzione dei servizi sanitari, a causa dell'inefficacia dell'attuale assetto organizzativo della sanità, per quanto riguarda, da un lato la individuazione dei bisogni esistenti, l'organizzazione della domanda e il controllo dell'offerta, dall'altro lato la capacità di indirizzare i servizi verso l'integrazione e la multidisciplinarietà. Tale cambiamento è indispensabile per affrontare i mutamenti demografici e del profilo di bisogni sanitari espressi dalla popolazione residente;
- B. l'impegno per l'eliminazione radicale di situazioni di assistenza che esprimono livelli di qualità inadeguati;
- C. il disavanzo economico cui far fronte tramite modifiche virtuose della spesa sanitaria e più moderni ed efficienti modelli organizzativi.

**A. Gli interventi più importanti di trasformazione dell'assistenza tesi all'evoluzione del sistema e, contemporaneamente, al recupero di efficienza sono:**

- **L'autorizzazione**, quale elemento di giudizio sull'effettiva adeguatezza delle caratteristiche dell'erogatore rispetto ai bisogni assistenziali; **l'accreditamento**, come strumento per il raggiungimento di una qualità garantita delle prestazioni sanitarie per tutta la popolazione; **gli accordi, i contratti e i protocolli di intesa** per determinare tipologie e volumi delle prestazioni e delle funzioni rispetto ad un budget definito. I due elementi sostanziali di innovazione sono: l'inclusione della capacità di integrazione degli erogatori con altri servizi e l'accreditamento per funzioni specifiche o di profili di cura.
- **Una politica per i sistemi di remunerazione** idonea a perseguire gli obiettivi del Piano, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni, a disincentivare comportamenti opportunistici e a vigilare sul rispetto degli accordi e dei contratti e delle modalità prescrittive. Il suo primo scopo è quello di garantire l'equilibrio economico, ma influenza notevolmente lo sviluppo dell'offerta di prestazioni. Il Piano prevede fra l'altro la definizione attenta del fabbisogno di prestazioni per tipologia, le modalità con cui sviluppare accordi-quadro fra Regione, ASL ed enti gestori privati, le politiche tariffarie atte a perseguire gli obiettivi di salute attesi e a incentivare l'appropriatezza, nonché le funzioni stabilite dalla Regione in specifici programmi di retti a garantire attività assistenziali di rilevante importanza non tariffabili.
- **Il governo dell'acquisizione di beni e servizi**. Le esigenze di risparmio dettate dal dilagare della spesa sanitaria, generata anche dalla proliferazione di tecnologie complesse sempre più sofisticate e costose, rendono indispensabile una politica razionale di acquisizione dei beni e dei servizi, attraverso la rigorosa valutazione delle tecnologie ed economie di scala ottenibili tramite centralizzazione degli acquisti.

- **Il riequilibrio ospedale-territorio** attraverso l'impulso e la trasformazione dell'assistenza primaria con l'affidamento al Distretto di un ruolo di governo effettivo. Particolare rilievo riveste l'avvio dei **Presidi territoriali di prossimità (PTP)**, strutture con funzioni assistenziali, intermedie tra il ricovero ospedaliero e le risposte assistenziali domiciliari.
- **Il potenziamento delle attività di specialistica ambulatoriale e l'integrazione di essa nella rete dei servizi territoriali**, per l'erogazione delle prestazioni erogabili a tale livello nel quadro di una politica di Health Technology Assessment.
- **La promozione dell'integrazione fra i livelli assistenziali e l'impegno per il perseguimento della continuità assistenziale**, non solo attraverso la riorganizzazione dei servizi e la facilitazione dell'integrazione fra ospedale e territorio, ma anche attraverso la figura del case manager, la sperimentazione di modelli e la diffusione di quelli risultati più efficaci.
- **L'organizzazione di reti specialistiche** con collegamenti tecnici e funzionali fra strutture di diverso grado di specializzazione e fra diversi livelli di assistenza.
- **L'individuazione di interventi urgenti per il contenimento delle liste d'attesa**. Il Piano individua una serie di interventi per la razionalizzazione e il miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni ambulatoriali, idonei a contenerne il numero e, conseguentemente, i tempi d'attesa.
- **L'evoluzione dell'Assistenza Primaria** assume grande rilievo nel presente PSR, da attuare attraverso l'incentivazione di forme associative, la promozione dei Presidi territoriali di prossimità e il potenziamento dell'assistenza domiciliare e residenziale.
- **Le strategie relative ai sistemi informativi**. Il Piano traccia le linee per rendere le istituzioni sanitarie maggiormente autorevoli nel governo dello sviluppo dei sistemi informativi, definendone le strategie, pianificando gli obiettivi, le informazioni ad essi pertinenti, i flussi, i formati, i soggetti coinvolti e l'uso finale, e quindi sviluppando sistemi fortemente diretti a livello istituzionale.
- **L'attuazione di interventi in grado di promuovere** la capacità dei membri della comunità di esercitare il diritto della tutela alla salute e di partecipare alle decisioni relative ai percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione rappresenta una condizione necessaria per favorire la messa in atto di politiche di sanità pubblica centrate sui bisogni e sulle aspettative dei cittadini. Occorre anche operare per una giusta collocazione dell'apporto delle Associazioni dei cittadini.
- **L'orientamento della formazione a supporto degli obiettivi di trasformazione dei servizi sanitari** e di riequilibrio del rapporto tra ospedale e territorio. Si tratta di correggere alcune distorsioni dei piani formativi, in parte generate dalla necessità di acquisire crediti. Il recupero di questa attività nella direzione della professionalizzazione vera delle figure sanitarie è cruciale.
- **Gli indirizzi per il governo clinico**, le modalità d'uso delle linee guida, la valutazione di processo e di esito come strumento per le decisioni.
- **Lo sviluppo della ricerca all'interno del Servizio sanitario**. La ricerca è fondamentale per fornire autorevolezza alle strutture sanitarie locali, per contestualizzare l'applicazione di scoperte scientifiche, per consentire l'adozione di percorsi assistenziali efficaci ed efficienti. Occorre costruire una rete di rapporti con le

strutture dedicate alla ricerca come gli IRCCS e le Università, ma occorre anche sviluppare attività di ricerca all'interno delle altre strutture del SSR in misura maggiore dell'attuale.

- **L'attuazione di un sistema di valutazione organico e attendibile.** Occorre che nel periodo di vigenza del Piano la Regione costruisca un sistema di valutazione articolato in grado di orientare costantemente le scelte di programmazione sanitaria, di premiare le strutture secondo criteri di qualità e di apportare interventi correttivi laddove si verificano lacune e inefficienze.
- **L'impulso alla crescita e al recupero di validità delle iniziative di prevenzione.**
- **L'organizzazione diffusa di Day service e la promozione dell'uso appropriato del Day hospital e della Day surgery,** anche attraverso una politica tariffaria adeguata che può contribuire a ridurre i ricoveri inappropriati e migliorare la tempestività degli interventi, **ma anche a favorire le preferenze espresse dai cittadini.**
- **L'introduzione del Week Hospital (ospedale su cinque giorni), di reparti di Osservazione breve intensiva (OBI):** il primo, ospedale aperto cinque giorni alla settimana, può aumentare l'efficienza del servizio sanitario per numerose discipline. I secondi hanno lo scopo di garantire una maggiore appropriatezza dei ricoveri ospedalieri da PS, tramite l'osservazione e l'accurata valutazione di pazienti instabili prima di deciderne la dimissione o il ricovero.
- **Le strategie per il monitoraggio e il controllo della spesa farmaceutica.** Il Piano traccia le strade per migliorare il controllo della spesa, ma anche per monitorare la distribuzione diretta e indicare le iniziative da intraprendere, al fine di conseguire una maggiore appropriatezza prescrittiva.

**B. Gli interventi tesi a perseguire l'eliminazione di situazioni di assistenza con livelli di qualità inadeguati sono di seguito sintetizzati.**

Per perseguire gli obiettivi fondanti del Piano di equità nell'assistenza sanitaria e nella protezione della salute dei cittadini, l'intero percorso del Piano stesso è la promozione di un'operazione di cambiamento che tende all'eliminazione radicale di situazioni che, allo stato attuale, si rivelano di un livello di qualità inadeguato in quanto presentano importanti problemi in uno o più di questi ambiti: appropriatezza, efficacia, efficienza, relazione con il cittadino e con l'utente, accessibilità, impatto sociale, etico e organizzativo.

Questa impostazione è volta a impedire che in qualsiasi reparto, servizio, ambulatorio o studio, anche il più periferico, permangano interventi di assistenza al di sotto del livello di accettabilità nella sostanza e di dignità nella forma.

C'è una forte connotazione del Piano in direzione della modifica delle aree più oscure. Si è scelto cioè di occuparsi dei problemi partendo dal basso, dal periferico, dal marginale, dal nascosto, dai servizi, in sostanza, frequentati principalmente dalla parte più debole della popolazione. Questo vuole anche dire occuparsi di alcuni problemi che hanno caratteristiche di notevole diffusione sul territorio e che creano gravi sofferenze e disagi alle persone, ma a cui ancora oggi il Servizio sanitario regionale non riesce a dare risposte adeguate. Questi problemi ricevono oggi una risposta debole per la combinazione di molte ragioni: la storica mancanza di attenzione o di cultura specifica su di essi da parte della sanità, il carico di lavoro impegnativo che comportano, accompagnato spesso da scarsa remuneratività, l'assenza

di gratificazione professionale nell'assistenza per essi necessaria, il considerare talune operazioni da essi previste di basso profilo professionale, l'incapacità di adeguare le risorse strutturali e umane alle loro esigenze.

Il PSR prevede interventi tesi a eliminare l'assenza o la qualità inadeguata di tali interventi attraverso le seguenti scelte.

- **La particolare attenzione alle strutture e ai servizi in cui più frequentemente si annidano microaree di bassa qualità.** In questo senso vanno le misure volte alla ricerca di appropriatezza in ambito ospedaliero, la promozione di strategie di governo clinico in tutti i servizi, la rimodulazione organizzativa delle strutture territoriali, con particolare enfasi sull'assistenza primaria e sull'assistenza domiciliare.
- **La scelta degli obiettivi di salute** sulla base dell'esigenza di massimizzare il riequilibrio delle azioni sanitarie, individuando le situazioni più critiche, ovvero quelle dove le risposte del servizio sanitario sono più spesso poco adeguate rispetto a bisogni di salute essenziali della popolazione.

Il Piano infatti focalizza e dà priorità alla soluzione di alcuni problemi specifici, selezionati seguendo precisi criteri; tali problemi sono caratterizzati per:

- costituire bisogni di salute primari, per gravità o potenziale gravità, e per diffusione;
- essere di pertinenza di strutture sanitarie eterogenee, e/o per i quali si presuppone che le risposte possano essere date da soggetti diversi, appartenenti a livelli diversi dell'assistenza;
- presupporre la forte probabilità di un'assistenza combinata per la quale sia indispensabile la continuità assistenziale;
- essere affrontati al momento attuale con eccessiva variabilità di approcci e di trattamento.

Un gran numero di patologie importanti non ha una specifica trattazione nel Piano. Tali patologie non vengono in alcun modo considerate secondarie, né si ritiene che non si debba cambiare nulla per meglio indirizzare le risposte ad esse del servizio sanitario, bensì esiste per esse un piano comune di miglioramento dell'assistenza i cui contenuti sono descritti nelle parti dedicate al perseguimento della qualità, laddove si parla di strategie, di strumenti e di organizzazione dell'offerta dei servizi e nei capitoli riguardanti le attività preventive.

### **C. Gli interventi per far fronte al disavanzo economico e le modifiche virtuose della spesa sanitaria.**

Il disavanzo economico è stato affrontato dal Piano di rientro. Tuttavia questo non è che il primo passo per garantire la sostenibilità economico-finanziaria della sanità regionale.

Il presente Piano sanitario regionale esprime il tentativo di coniugare le esigenze di economia con quelle di riorganizzazione delle funzioni e dei servizi sanitari, per rendere, proprio attraverso una migliore allocazione delle risorse, più funzionale e di migliore qualità l'assistenza ai cittadini della regione.

La riduzione dei posti letto fino ad arrivare agli standard previsti prima dal Piano di rientro e, nel 2010-2012, dal nuovo Patto per la salute, è una misura indispensabile e urgente, ma essa va accompagnata da una serie di interventi in grado di evitare ricadute negative sull'equità di accesso alle prestazioni.

Innanzitutto è necessario che la riduzione dei posti letto nei singoli luoghi di cura avvenga in base agli effettivi bisogni del cittadino e non in relazione alle aspettative degli operatori sanitari, perché questo meccanismo genererebbe di nuovo un consumo di servizi basato sull'offerta e non sui bisogni, condizione che perpetua l'indebitamento anziché ridurlo.



Una prima iniziativa però per andare più a fondo è uno studio analitico delle cause del disavanzo che va portato a termine, impegnando congiuntamente gli Assessorati alla Sanità e al Bilancio, le ASL, le AO e l'ASP, al fine di mettere in atto correttivi mirati e di reimpostare le strategie economico-finanziarie.

Inoltre per rendere stabili i meccanismi di contenimento della spesa innescati dal Piano di rientro occorrono altri interventi contemplati dal presente Piano e di seguito sintetizzati.

La dilatazione della spesa sanitaria in questi anni è in parte dovuta ad un'eccessiva offerta di prestazioni, spesso inappropriate dal punto di vista clinico e/o organizzativo. Per superare questo problema il presente Piano prevede, articolandole in varie parti del testo, diverse operazioni su differenti livelli:

- favorire la demedicalizzazione delle risposte a problemi di altra natura, tipicamente sociali, attraverso un'azione di *advocacy* per potenziare di riflesso le attività di assistenza sociale e, soprattutto, attivando meccanismi precisi e cogenti di integrazione sociosanitaria;
- adeguare la risposta al livello appropriato di complessità assistenziale, che significa:
  - trasferire al territorio molte prestazioni e potenziare e riqualificare i servizi distrettuali e l'assistenza primaria;
  - migliorare l'organizzazione, l'efficacia e il prestigio delle attività di assistenza nel territorio che consente di rispondere alle aspettative dei cittadini, riducendone disagio e disorientamento, e di garantire l'economicità del sistema.

Tutte le trasformazioni introdotte da questo Piano e illustrate precedentemente tracciano un percorso valido anche per il raggiungimento degli obiettivi di carattere economico. Il cambiamento promosso dal Piano, che è fondato sulle esigenze di trasformazione dell'organizzazione della sanità, introduce anche meccanismi in grado di conferire maggiore efficienza al sistema e quindi di produrre le modifiche virtuose della spesa sanitaria, senza le quali nessuna misura straordinaria sarà in grado di ottenere la sostenibilità dell'economia della sanità del Lazio.

Fra queste il Piano individua tre punti fondamentali che forniscono un'impronta precisa alle dinamiche da esso innestate: il riequilibrio ospedale-territorio, l'organizzazione di reti di attività e la lotta alle disuguaglianze (vedi paragrafi successivi). Il quadro strategico è completato dall'individuazione e dalle modalità d'uso degli strumenti per il governo del cambiamento. Questi vengono trattati analiticamente nell'Allegato H e sono di seguito elencati.

### **3.b Riequilibrio ospedale-territorio, centralità del Distretto, sviluppo dell'assistenza intermedia**

Una qualificata assistenza sul territorio è oggi un obiettivo irrinunciabile per il nuovo assetto sanitario previsto dal presente Piano.

La centralità della persona e non della patologia, la soddisfazione dei bisogni di salute con la maggior importanza assunta dall'assistenza continuativa alle persone, oltre alla necessità di contenere il numero dei posti letto ospedalieri e dei servizi effettuati negli stessi, fanno del territorio il luogo principale dell'assistenza ai cittadini. Occorre quindi rendere il

territorio in grado di svolgere tale ruolo, ma ciò presuppone una radicale trasformazione del quadro attuale, con modifiche organizzative e culturali e la creazione di percorsi assistenziali di continuità.

Del resto il Piano di rientro dal debito prevede interventi di riduzione dell'offerta ospedaliera sia nelle strutture di ricovero pubbliche che in quelle private.

Il Decreto del Commissario ad Acta del 17/11/08 n. 43 definisce per aree territoriali le manovre di riconversione di parte del sistema ospedaliero in strutture dedicate all'assistenza primaria, a gestione distrettuale. Questa operazione, che va nel senso di un riequilibrio tra la componente ospedaliera e quella dei servizi territoriali, presenta al tempo stesso delle opportunità e dei rischi per il sistema.

Le opportunità derivano dall'occasione di cambiamento del Servizio sanitario regionale e dall'introduzione di nuovi elementi che, unitamente ad una liberazione di risorse precedentemente impiegate a livello ospedaliero, possono contribuire a rendere effettiva l'auspicata centralità del territorio e del Distretto.

I rischi sono soprattutto relativi alla fase di transizione, laddove, a fronte della disattivazione di quote di attività ospedaliera, che talvolta ricopre spazi assistenziali impropri, il territorio non sia ancora sufficientemente attrezzato e quindi in grado di rispondere adeguatamente alla parte di domanda che non troverà più soddisfacimento a livello ospedaliero.

Il Distretto dovrà assumere il pieno governo del settore dell'assistenza primaria, attivando gli ambiti assistenziali (Residenze sanitarie, Hospice, Presidi territoriali di prossimità) che consentono di affrontare e gestire, in un'ottica di continuità delle cure, le problematiche di salute connesse agli esiti già manifesti della cronicità.

Lo sviluppo dell'Assistenza domiciliare integrata (ADI) è prioritario, essendo questo servizio quello che maggiormente esprime il valore di prossimità alle esigenze dei soggetti che presentano necessità assistenziali più o meno complesse legate alla loro condizione di non autosufficienza.

È necessario rendere maggiormente integrati i servizi sanitari e sociali all'interno del Presidio territoriale di prossimità, valorizzando nel contempo il ruolo del medico di medicina generale. Il Presidio va inteso quale struttura a vocazione multifunzionale e a gestione multiprofessionale, il cui stile di lavoro è caratterizzato dall'integrazione, dall'interdisciplinarietà. All'interno del Presidio si svolgono, in forma integrata anche con il sociale, le attività di assistenza domiciliare, le cure intermedie, le funzioni specialistiche territoriali, le attività di promozione della salute/prevenzione.

### **3.c Reti di attività di rilievo regionale**

L'evoluzione dell'assistenza passa attraverso un punto fondamentale: la costituzione, l'organizzazione e il funzionamento di reti di assistenza. Le reti hanno la funzione di razionalizzare il sistema di erogazione delle prestazioni, fornendo collegamenti tecnici e funzionali fra strutture di diverso grado di specializzazione e fra diversi livelli di assistenza.

La gestione del paziente affetto da patologia acuta o cronica, nell'ambito del Servizio sanitario nazionale (SSN), richiede modalità estremamente differenti di risposta assistenziale, rappresentate da interventi terapeutici (farmacologici,

chirurgici, riabilitativi) e controlli clinico-strumentali per la valutazione dello stato della malattia, svolti presso strutture sanitarie ospedaliere e territoriali.

La necessità di garantire un'alta qualità dell'assistenza a tutti i pazienti richiede da un lato un'elevata specializzazione ma dall'altro il superamento di disfunzioni create dalla mancanza di collegamento fra i vari livelli e le varie specializzazioni dell'assistenza (ritardi nella fase acuta della malattia, difformità di approcci e trattamenti ecc).

In particolare, per la gestione dei pazienti nella fase post-acuta e cronica la qualità delle cure può essere assicurata solo dalla qualità dell'intero percorso assistenziale, che presume la soddisfazione di bisogni fortemente differenziati; è quindi necessaria una forte integrazione tra territorio e ospedale per attivare interventi di prevenzione di ulteriori eventi acuti, garantire la continuità delle cure, monitorare il paziente, ridurre le recidive e i ricoveri.

Per le attività di rilievo regionale e le reti di alta specialità verrà adottato il modello organizzativo delle reti integrate hub and spoke, ovvero la concentrazione dell'assistenza di alta complessità in centri di riferimento (hub), supportati da una rete di centri satellite (spoke), cui compete l'assistenza ai casi meno gravi e l'invio dei casi più gravi ai centri di riferimento, vale a dire il modello che da diversi anni caratterizza il sistema di emergenza sanitaria così come stabilito dall'Intesa Stato-Regioni dell'11 aprile 1996, quale regolamento attuativo del DPR 27 marzo 1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza".

### **3.d Promozione della salute e prevenzione**

I molteplici mutamenti strutturali, ambientali, sociali e tecnologici avvenuti nelle società occidentali in questi anni impongono una riconsiderazione dell'impostazione delle attività preventive. Vanno dunque aperti, nel prossimo periodo, una riflessione e un dibattito culturale e scientifico sulla prevenzione e sul suo modificarsi di significato, nonché sui nuovi scenari determinati dalle migrazioni, dalla globalizzazione, dalla diversificazione delle fonti di inquinamento, dai cambiamenti climatici, tecnologici, biotecnologici, dell'organizzazione del lavoro ecc.

Occorre richiamare qui il fatto che ormai la prevenzione è solo in piccola parte di pertinenza della sanità. Infatti se da un lato i comportamenti dannosi esitano in patologie che pesano sul SSR, dall'altro alcune delle loro cause sono al di fuori del sistema. La prevenzione è possibile solo se entra in tutte le politiche. È fondamentale per il benessere della popolazione che si costruiscano le politiche relative alla scuola, al lavoro, all'ambiente, all'alimentazione, alle opere pubbliche, ai piani di sviluppo urbano, ai trasporti, allo sport e quant'altro, inserendo logiche di prevenzione come parte strutturale e fortemente condizionante delle politiche stesse. La sanità, dal suo canto, non deve trascurare la sua funzione di *advocacy*, promuovendo una forte integrazione con le istituzioni che determinano le politiche nei vari settori a cui deve indicare i rischi per la salute dei cittadini, nonché, in molti campi, anche la tipologia degli interventi efficaci nel prevenirli. Forme di collaborazione fra istituzioni, sanitarie e non, vanno promosse anche per la misura degli effetti di cambiamenti, interventi o normative tesi alla riduzione dei rischi per la salute.

Tuttavia occorre anche intensificare le attività preventive rivolte ai fattori di rischio noti e tradizionalmente affrontati dai servizi sanitari, per i quali riveste carattere di urgenza compiere tangibili progressi.

Punto fondamentale è rendere effettivamente la prevenzione funzione diffusa nel SSR. È necessario, dunque, che tutti i servizi sanitari a qualsiasi livello dell'assistenza provvedano a programmare e organizzare le attività di prevenzione proprie per il loro ambito.

Infine è fondamentale il recupero pieno della figura del MMG nelle attività di promozione della salute.

Vista dunque la complessità dello sviluppo di adeguati interventi preventivi e visto che tali interventi riguardano molti servizi sanitari di natura diversa e che operano in strutture diverse, appare necessario che le ASL si dotino di una funzione di direzione strategica della prevenzione che supporti le scelte e gli impegni delle ASL in tale ambito, attraverso tutti i servizi coinvolti o coinvolgibili.

### **3.e Disuguaglianze socioeconomiche nella salute e nell'assistenza sanitaria**

#### **Definizione del tema**

La salute delle persone è fortemente influenzata dai fattori socioeconomici e di contesto. Povertà, esclusione sociale e discriminazione, condizioni di lavoro e di vita disagiate, in particolare durante l'infanzia, sono importanti determinanti delle differenze nella severità e occorrenza delle disabilità, delle malattie e della mortalità anche sono state osservate sia tra i paesi sia all'interno di singole nazioni. I meccanismi attraverso cui si determinano tali disuguaglianze operano in maniera complessa: fattori materiali agiscono cumulativamente lungo tutto il corso della vita e interagiscono con fattori psicosociali (stress cronico).

Le differenze nella salute si presentano in modo sistematico qualunque sia l'indicatore scelto per misurarle, e risultano in aumento in molti paesi. In quasi tutta Europa è stato osservato un differenziale socioeconomico nella mortalità che varia tra il 25 e il 50%, soprattutto per malattie cardiovascolari, alcuni tipi di tumore e traumi.

Il SSN italiano si basa su principi di equità, universalità e solidarietà. Tuttavia esistono e sembrano estendersi in Italia situazioni nelle quali la disponibilità di assistenza medica di qualità tende a variare inversamente con i bisogni della popolazione (*inverse care law* di Tudor Hart).

#### **Disuguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria: evidenze nel Lazio**

Numerosi studi eseguiti a partire dagli anni '90 hanno documentato nel Lazio l'esistenza di disuguaglianze socioeconomiche nella salute e nell'accesso e qualità dell'assistenza sanitaria relativamente a diverse condizioni mediche e chirurgiche.

Indagini campionarie di popolazione hanno mostrato disuguaglianze nei fattori di rischio individuali: i figli di genitori con basso livello di istruzione hanno una probabilità più elevata di essere esposti a fumo passivo, di vivere in case con maggiore presenza di muffe o umidità, e di essere obesi.

Il peso alla nascita – un fattore associato all'insorgenza di malattie cardiovascolari in età adulta – dei neonati di madri con basso livello di istruzione è risultato inferiore rispetto a quello dei neonati di madri più istruite. Nelle classi più disagiate della popolazione adulta è stata osservata una maggiore frequenza di fumatori e di morbosità per diabete

mellito, broncopneumopatia cronica ostruttiva, cardiopatia ischemica, ipertensione arteriosa e diversi tipi di tumore. L'andamento temporale delle disuguaglianze nella mortalità prematura è risultato in aumento a partire dagli anni '90. Per quanto concerne l'accesso all'assistenza, sono stati documentati numerosi esempi di associazione tra minore offerta di trattamenti efficaci e svantaggio socioeconomico, dal trapianto di rene nei pazienti dializzati ai controlli medici periodici nei bambini asmatici, mentre nella popolazione adulta e anziana è stato osservato un eccesso di ospedalizzazione per alcune condizioni indicative di inadeguata assistenza di base, quali scompenso cardiaco, angina pectoris, ipertensione, diabete mellito, asma bronchiale e BPCO.

### **Raccomandazioni operative**

Per contrastare le disuguaglianze nella salute occorrono strategie e interventi che solo in parte rientrano nella sfera di competenza del settore sanitario. Si tratta di politiche sociali ed economiche che riguardano soprattutto la famiglia, l'infanzia e il sostegno alla maternità, la terza e la quarta età, l'integrazione sociale dei gruppi più svantaggiati, e che coinvolgono diversi ambiti, quali istruzione, occupazione, trasporti, abitazione, ambiente, alimentazione. Il settore sanitario rappresenta tuttavia l'attore più importante a tutela della salute. Come tale ha il compito di favorire la produzione di evidenze sui meccanismi che generano differenziali di salute, al fine di individuare interventi efficaci atti alla loro riduzione; di promuovere lo sviluppo e la valutazione di politiche, anche di altri settori, in grado di agire sui determinanti distali e prossimali delle disuguaglianze.

#### *Gli stili di vita*

Riuscire a modificare gli stili di vita nella popolazione più svantaggiata costituisce una priorità. In particolare è importante scoraggiare l'abitudine al fumo durante la gravidanza, sia nelle madri che nei padri, fortemente associata al basso peso alla nascita del bambino. Anche l'obesità, importante fattore di rischio per le malattie cardiovascolari frequentemente riscontrato nel Lazio tra i meno istruiti, deve essere contrastata attraverso campagne di educazione alimentare condotte dai media, programmi di educazione sanitaria nelle scuole diretti ai gruppi più vulnerabili e programmi volti a modificare le diete scolastiche e favorire l'esercizio fisico.

#### *Condizioni abitative, di vita e di lavoro*

Interventi intersettoriali indirizzati allo svantaggio socioeconomico, atti a migliorare le condizioni di vita e abitative attraverso lo sviluppo di politiche di assistenza sociale ed economica (assegni familiari, reddito minimo di inserimento, esenzioni) e di lavoro (tutela degli ambienti di lavoro e prevenzione degli incidenti), vanno intrapresi anche in base alle evidenze della loro efficacia riportate in altri paesi.

#### *L'assistenza sanitaria*

È necessario che i servizi distrettuali, soprattutto nell'ambito dell'assistenza primaria e delle relative attività ambulatoriali, domiciliari e residenziali, siano impegnati a offrire attivamente prestazioni appropriate alle fasce di popolazione più disagiate, riducendo l'asimmetria di informazione esistente e garantendo la presa in carico e la continuità assistenziale.

#### *Allocazione delle risorse nel SSR*

Le formule utilizzate per la determinazione della quota capitaria e i criteri di riparto delle risorse finanziarie del Fondo sanitario regionale (FSR) alle ASL devono essere sempre più orientati a distribuire le risorse in base ai bisogni piuttosto che all'offerta esistente dei servizi. Indicatori di posizione socioeconomica dovrebbero essere considerati tra i criteri di allocazione delle risorse unitamente alla mortalità perinatale e infantile. Occorre una costante regolazione dei sistemi di

remunerazione delle prestazioni, effettuata attraverso un adeguato controllo dell'offerta, per evitare eccessi di prestazioni inappropriate a carico dei gruppi sociali più deboli.

*Ricerca, formazione e informazione*

L'evoluzione dei differenziali sociali di salute deve essere costantemente monitorata. Di qui la necessità di elaborare statistiche correnti di morbosità e mortalità, non solo per genere e fasce di età, ma anche per livello socioeconomico. Ne consegue che i sistemi informativi sanitari dovrebbero essere capaci di rilevare le variabili socioeconomiche, prevedendo adeguati controlli sulla qualità delle informazioni non sanitarie e appropriate procedure di record linkage con altri archivi, rispettando le norme sulla privacy.

Si prevede l'istituzione di un Tavolo di lavoro regionale permanente sulle disuguaglianze nella salute, intersettoriale e multidisciplinare, in cui saranno rappresentati diversi Assessorati – tra cui Sanità, Politiche sociali, Lavoro, Ambiente, Bilancio e Programmazione economico-finanziaria, Scuola e Diritto allo Studio – ed esperti, con il compito di monitorare le disuguaglianze socioeconomiche nella salute e nell'assistenza sanitaria e di proporre, anche sulla base delle evidenze disponibili, specifiche politiche e interventi di contrasto.

## **PARTE II – OBIETTIVI DI SALUTE**

### **1. Introduzione**

La gestione dei principali problemi di salute, in particolare delle patologie croniche a carattere degenerativo, è oggetto in questo Piano di interventi innovativi relativi sia ai processi clinico-assistenziali che ai modelli organizzativi.

Il primo elemento di tale processo di rinnovamento è individuato nel potenziamento dei servizi territoriali, che riflette la necessità per il cittadino di disporre di servizi di “prossimità”, capaci di soddisfare i bisogni di presa in carico e di cura, mediante il rafforzamento dell’assistenza primaria, che comprende l’assistenza territoriale, ambulatoriale, domiciliare e residenziale.

Il dialogo fra ospedale e territorio assume una funzione centrale nella fase di transizione dall’acuzie alla post-acuzie delle patologie cardiocerebrovascolari, per la presa in carico dei pazienti sottoposti a intervento chirurgico per frattura di femore, e nelle dimissioni protette successive a ricovero per scompenso intercorrente di una patologia cronica (diabete scompensato con complicanze, scompenso cardiaco, riacutizzazione di una broncopneumopatia cronica ostruttiva).

Il ricovero ospedaliero si connota sempre di più come un evento limitato nel tempo e come episodio di un più articolato percorso di lungo periodo, piuttosto che come momento risolutivo del processo clinico-assistenziale. Il sistema reticolare dell’assistenza ospedaliera entra in funzione per il trattamento delle patologie cardiovascolari acute, soprattutto del tipo SCA (Sindromi coronariche acute), per le patologie cerebrovascolari acute e per le malattie oncologiche, con un modello di rete del tipo hub and spoke, con centri di eccellenza specialistica da una parte, e unità di cura per i casi a più bassa complessità, dall’altra.

La corretta risposta ai bisogni di salute dei cittadini collega come un filo rosso alcuni punti chiave: l’integrazione fra servizi sociali e sanitari, l’organizzazione del lavoro secondo una logica di rete più che secondo scala gerarchica, l’appropriatezza degli interventi, intesa più come efficacia che come efficienza, la personalizzazione e l’umanizzazione del processo di cura, l’empowerment del cittadino, specialmente per quelle patologie che necessitano di un’alta consapevolezza e partecipazione del paziente. Per ogni ambito considerato è previsto infatti un processo di valutazione di esito.

Nella Tabella seguente viene riportata la mortalità per causa in ordine decrescente di frequenza riferita alla popolazione della regione Lazio e all’anno 2007. La mortalità in frequenze assolute è divisa per sesso, nell’ultima colonna è rappresentata la proporzione di decessi di persone ultra settantacinquenni.

**ANNO 2007**

Causa	genere		Totale	%	%≥75 anni
	maschi	femmine			
malattie ischemiche del cuore	3602	3286	6888	13,3	74,1
altre malattie del sistema circolatorio	2550	3127	5677	10,9	78,1
disturbi circolatori encefalo	2263	3293	5556	10,7	84,1
tumori maligni della trachea, bronchi e polmoni	2705	995	3700	7,1	45,0
malattie apparato respiratorio	1626	1357	2983	5,7	80,2
malattia ipertensiva	1003	1887	2890	5,6	87,3
traumatismi e avvelenamenti	1449	1093	2542	4,9	51,1
tumori maligni degli organi genitourinari	1523	928	2451	4,7	59,0
malattie apparato digerente	1074	1011	2085	4,0	62,6
malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo	809	1060	1869	3,6	70,6
malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	696	990	1686	3,2	74,9
tumori maligni delle ossa, tessuto connettivo, della pelle e della mammella	225	1249	1474	2,8	41,0
tumori maligni del colon	766	665	1431	2,8	57,6
tumori maligni dei tessuti linfatico ed ematopoietico	753	643	1396	2,7	50,5
tumori maligni di altre e non specificate sedi	550	566	1116	2,1	51,0
tumori maligni del pancreas	429	483	912	1,8	47,1
tumori maligni stomaco	487	411	898	1,7	54,6
tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici	502	286	788	1,5	52,8
malattie apparato genitourinario	378	370	748	1,4	80,2
disturbi psichici	270	441	711	1,4	80,0
sintomi, segni e stati mal definiti	277	381	658	1,3	84,5
tumori benigni, carinomi e di incerta natura	285	245	530	1,0	64,2
tumori maligni del retto, della giunzione rettosigmoidea e ano	243	205	448	0,9	55,4
malattie infettive e parassitarie	224	197	421	0,8	48,9
tumori maligni del della vescichetta biliare e dei dotti biliari extraepatici	112	177	289	0,6	53,6
tumori maligni labbra, cavità orale e della faringe	160	94	254	0,5	35,4
tumori maligni di altre e mal definite sedi apparato digerente e del peritoneo	125	114	239	0,5	64,4
malattie del sangue e degli organi ematopoietici	91	134	225	0,4	72,9
malformazioni congenite	105	98	203	0,4	12,3
malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	59	125	184	0,4	66,8
tumori maligni della laringe	128	19	147	0,3	47,6
tumori maligni esofago	105	40	145	0,3	40,0
condizioni morbose di origine perinatale	78	59	137	0,3	0,0
tumori maligni della pleura	54	14	68	0,1	39,7
tumori maligni del retroperitoneo e del peritoneo	20	36	56	0,1	57,1
tumori maligni del timo, cuore e mediastino	26	24	50	0,1	48,0
malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	15	32	47	0,1	78,7
tumori maligni intestino tenue compreso duodeno	16	4	20	0,0	75,0
tumori maligni cavità nasali orecchio medio	12	3	15	0,0	40,0
tumori maligni di altre e mal definite sedi apparato respiratorio e degli altri	6	0	6	0,0	33,3
complicazioni gravidanza del parto e del puerperio	0	1	1	0,0	0,0
<b>Totale</b>	<b>25801</b>	<b>26143</b>	<b>51944</b>	<b>100,0</b>	<b>67,3</b>



Partendo da questo quadro come riferimento in termini di mortalità, si è operata una scelta delle priorità negli obiettivi di salute da raggiungere nel triennio basata su di una analisi delle patologie e degli ambiti d'intervento che ha seguito tre criteri:

- 1) impatto sulla salute pubblica in termini di anni di vita persi (secondo cui si individuano come priorità le malattie cardio e cerebrovascolare e i tumori) e di DALY ovvero anni di vita persi aggiustati per disabilità (secondo questo criterio si individuano i disturbi psichici, l'Alzheimer e i traumi);
- 2) impatto sul servizio sanitario in termini di assorbimento di risorse e di necessità di riorganizzazione (secondo questo criterio emergono la gestione del paziente diabetico, le patologie respiratorie, in particolare quelle croniche, nuovamente i disturbi psichici per la riorganizzazione dei servizi e l'oncologia per l'impatto che potranno avere le nuove terapie, e la tempestività dell'intervento chirurgico nella frattura del femore);
- 3) comprimibilità del fenomeno, sia per la disponibilità di nuovi presidi preventivi o terapeutici da implementare nel servizio sanitario nazionale (ad esempio il vaccino HPV e la prevenzione primaria per le cadute nell'anziano) o di presidi già da tempo disponibili ma di cui sia necessaria una riorganizzazione per renderli più efficaci o diffusi nella popolazione (ad esempio i programmi di screening per i tumori del seno della cervice uterina e del colon retto, nuovi servizi diagnostici per demenze etc.).

Nella tabella seguente sono quantificati gli anni di vita persi per le varie patologie incluse fra gli obiettivi di salute.

Anni di vita persi per causa, dati rencam 2004		Anni di vita e di disabilità persi per causa, dati WHO, Global Burden of Disease 2004 regione europea paesi ad alto reddito	
<b>malattie infettive</b>	<b>1.0</b>	<b>malattie infettive</b>	<b>1.7</b>
<b>tumori</b>	<b>33.7</b>	<b>tumori</b>	<b>17.1</b>
<b>neuropsichiatriche</b>	<b>3.8</b>	<b>neuropsichiatriche</b>	<b>25.5</b>
<i>disturbi psichici</i>	<i>1.3</i>	<i>Alzheimer e altre demenze</i>	<i>3.1</i>
<b>circolatorio</b>	<b>34.5</b>	<i>disturbi psichici</i>	<i>16.8</i>
<i>Cardiopatia ischemica e infarto</i>	<i>18.0</i>	<i>epilessia</i>	<i>0.4</i>
<i>Disturbi circolatori dell'encefalo</i>	<i>8.3</i>	<b>circolatorio</b>	<b>16.0</b>
<b>endocrine</b>	<b>3.7</b>	<i>Cardiopatia ischemica e infarto del miocardio</i>	<i>6.8</i>
<i>Diabete mellito</i>	<i>2.6</i>	<i>Disturbi circolatori dell'encefalo</i>	<i>4.1</i>
<b>respiratorio</b>	<b>4.2</b>	<b>endocrine</b>	<b>4.1</b>
<b>digerente</b>	<b>4.4</b>	<i>Diabete</i>	<i>2.7</i>
<b>traumi</b>	<b>8.3</b>	<b>respiratorio</b>	<b>6.9</b>
<b>altro</b>	<b>6.5</b>	<b>digerente</b>	<b>4.4</b>
	<b>100.0</b>	<b>traumi</b>	<b>7.2</b>
		<b>disturbi muscoloscheletrici</b>	<b>4.4</b>
		<b>disturbi organi di senso</b>	<b>7.7</b>
		<b>altro</b>	<b>4.8</b>
		<b>totale</b>	<b>100.0</b>

## 2. Malattie cardiovascolari

### Epidemiologia

Le malattie del sistema circolatorio rappresentano la principale causa di morte nella regione Lazio come nell'intero Paese, essendo responsabili di più del 40% di tutti i decessi .

L'IMA (Infarto Miocardico Acuto) costituisce la condizione più grave delle Sindromi Coronariche Acute (SCA), gruppo di sindromi caratterizzate da estrema rilevanza sociosanitaria per la frequenza, la morbosità, la mortalità, l'impatto sulla qualità della vita dei pazienti e l'importante carico assistenziale. Si distinguono due differenti presentazioni di SCA:

- l'*IMA-STEMI*, con permanente sopraslivellamento del tratto ST a livello elettrocardiografico, è una condizione ad alta letalità: il 20-30% dei pazienti muore entro poche ore dall'esordio dei sintomi prima ancora di giungere all'osservazione del medico; il 50% decede entro il primo mese. Tra i sopravvissuti al primo mese, l'8% muore entro il primo anno e circa il 4% presenta un nuovo episodio entro l'anno. Età avanzata e genere femminile caratterizzano sottopopolazioni a rischio particolarmente elevato. In questi casi l'obiettivo terapeutico è la riperfusione urgente con angioplastica percutanea o con farmaci trombolitici;
- l'*IMA-NON-STEMI* comprende a sua volta l'*infarto non Q*, a prognosi grave che richiede un'attenta valutazione del rischio e un'angiografia coronarica precoce ai fini della programmazione dell'intervento terapeutico più adeguato, e l'*angina instabile*, a prognosi più favorevole e trattabile con terapia medica.

Si stima che ogni anno nel Lazio si verifichino circa 20.000 primi episodi di SCA (IMA-STEMI, IMA non Q e angina instabile), 9 ogni 1.000 maschi di età superiore ai 35 anni e 4 ogni 1.000 femmine nella stessa fascia di età. Circa un quinto di questi eventi (e specificamente il 25-30% degli infarti miocardici con permanente elevazione del tratto ST) porta al decesso prima che sia possibile raggiungere l'ospedale. Tra i ricoverati con diagnosi di IMA-STEMI, la fatalità a 30 giorni è mediamente del 15-20%, in calo laddove si riesce ad assicurare un tempestivo ricorso alle procedure di rivascularizzazione. Il genere femminile è un fattore di rischio per la letalità delle SCA.

Lo scompenso cardiaco (SC) è considerato lo stadio terminale di diverse malattie cardiovascolari, principalmente l'ipertensione arteriosa, la cardiopatia ischemica e le valvulopatie. È quindi una patologia che riguarda soprattutto le persone più anziane ed è la più importante causa di ospedalizzazione nella fascia di età oltre i 65 anni: nel Lazio si stimano in circa 63.000 i soggetti con più di 65 anni affetti da scompenso cardiaco. In questo caso l'obiettivo terapeutico è rappresentato dalla prevenzione delle riacutizzazioni, che sono causa di ricovero ospedaliero, attraverso il controllo farmacologico e il monitoraggio clinico della malattia.

Attualmente l'offerta delle strutture dedicate all'assistenza a pazienti con IMA nel Lazio è costituita da 36 UTIC e 18 servizi di Emodinamica di cui 14 con attività h 24. Il 95% delle UTIC ed Emodinamiche sono concentrate nella città di Roma.

Ai fini della programmazione sanitaria in campo cardiologico sono state individuate due aree di intervento:

1. **area della prevenzione**, che prevede interventi comuni sia alle patologie acute che a quelle croniche;
2. **area dell'assistenza sanitaria**, che prevede modalità assistenziali diversificate per le SCA e lo scompenso cardiaco.

## **Area della prevenzione**

### **Obiettivi**

- Ridurre del 10% l'incidenza di eventi ischemici coronarici e di scompenso cardiaco;
- ridurre e controllare nella popolazione i fattori di rischio per malattie cardiovascolari, in modo che il 70% della popolazione target abbia avuto la quantificazione del rischio;
- ridurre del 10% la morbosità e la mortalità per malattie cardiovascolari.

### **Azioni**

- Completare gli interventi previsti dai Piani di prevenzione attiva;
- implementare interventi di educazione sanitaria rivolti alla popolazione generale, alla scuola e agli ambienti di lavoro, atti a ridurre i comportamenti a rischio (tabagismo, dieta inappropriata, inattività fisica), fra i quali in particolare i programmi di cessazione del fumo sui posti di lavoro e negli ospedali, anche attraverso la promozione del maggiore ricorso ai centri antifumo;
- implementare interventi di sensibilizzazione, responsabilizzazione e formazione degli operatori sanitari sulla prevenzione primaria e secondaria delle malattie cardiovascolari. In particolare, il MMG dovrebbe incrementare l'utilizzo della carta del rischio elaborata dall'ISS, in ottemperanza a quanto proposto nel Piano nazionale della prevenzione 2005-2007; valutare e monitorare i pazienti a rischio cardiovascolare; favorire l'accesso dei propri assistiti alle risorse disponibili per la prevenzione, la diagnosi e il trattamento delle malattie cardiovascolari;
- implementare interventi di promozione della salute rivolti ai pazienti con SCA/scompenso cardiaco e ai loro familiari finalizzati al riconoscimento dei sintomi e alle azioni da intraprendere al momento della loro comparsa, all'utilizzo dei farmaci prescritti, al controllo dei fattori di rischio.

## **Area dell'assistenza sanitaria**

### **Obiettivi**

- Riorganizzare i servizi sanitari nell'area dell'emergenza cardiologica;
- realizzare una gestione integrata del paziente cardiologico fra i servizi ospedalieri e territoriali;
- migliorare la qualità dell'assistenza in termini di appropriatezza ed efficacia dei trattamenti sanitari, in modo che la degenza media dei pazienti con patologie cardiovascolari sia ridotta di una giornata nell'arco del triennio.

### **Azioni**

- Sviluppare una rete di emergenza cardiologica per il trattamento delle SCA, secondo il modello hub and spoke. La rete ha l'obiettivo di assicurare una tempestiva terapia ripercussiva ai pazienti che ne hanno bisogno, prevedendo interventi differenziati sulla base di una stratificazione del rischio ed eventualmente l'invio dei pazienti all'ospedale più appropriato. La descrizione dei requisiti delle strutture idonee al funzionamento della rete è riportata nell'allegato C al presente Piano;
- potenziare le attività di riabilitazione del paziente infartuato a partire dalle prime fasi dopo l'evento acuto (reparti di riabilitazione e ambulatori);
- promuovere l'uso dei percorsi clinico-assistenziali per la gestione delle patologie cardiovascolari prodotti a

- livello regionale e condivisi da parte di tutti gli operatori sanitari (emergenza – ospedale – territorio);
- definire i criteri per l'accreditamento delle strutture sanitarie di alta specialità appartenenti alla rete, anche in rapporto al volume di attività e agli esiti degli interventi, come indicato al cap. 8.b (Allegato H);
  - promuovere l'integrazione tra assistenza specialistica e assistenza territoriale ambulatoriale/unità cardiologiche ospedaliere, al fine di garantire un'adeguata continuità assistenziale e una gestione multidisciplinare del paziente;
  - qualificare l'assistenza primaria (MMG e specialisti ambulatoriali) perché essa diventi il principale livello di assistenza per lo scompenso cardiaco cronico;
  - identificazione degli indicatori utili alla realizzazione di studi di valutazione di esito dell'assistenza sanitaria, come indicato al cap. 8.b (Allegato H).

#### **Indicatori area della prevenzione**

- Percentuale di MMG che hanno partecipato a corsi di formazione sulla prevenzione cardiovascolare primaria e secondaria;
- percentuale di assistiti in età 40-69 anni sottoposti a valutazione del rischio cardiovascolare con l'utilizzo della carta del rischio.

#### **Indicatori area dell'assistenza**

- Percentuale di pazienti con IMA STEMI che hanno ricevuto un trattamento con fibrinolisi entro 24 ore;
- percentuale di pazienti con IMA STEMI che hanno ricevuto un trattamento con PTCA entro 24 ore;
- percentuale di pazienti con IMA STEMI che hanno ricevuto CABG entro 24 ore;
- valutazione dell'efficienza della rete per l'emergenza nel trattamento dell'IMA STEMI (infarto miocardico acuto con ST sopraslivellato);
- percentuale di pazienti dimessi per SCA (sindromi coronariche acute) che accede a terapia di riabilitazione cardiovascolare;
- percentuale di pazienti con scompenso cardiaco riammessi per episodio acuto di scompenso cardiaco (recidiva);
- percentuale di pazienti in cui lo scompenso cardiaco è diagnosticato in urgenza o emergenza.

### 3. Malattie cerebrovascolari

#### Epidemiologia

L'ictus cerebrale è la seconda causa di morte nel mondo. In Italia, l'ictus è responsabile di circa il 13% di tutti i decessi per anno. La mortalità a 30 giorni è del 20%, mentre ad un anno è del 30%. Un terzo dei soggetti presenta ad un anno dall'evento acuto un grado di disabilità elevato ed è documentato un elevato rischio di recidive, pari al 20% dei casi.

I fattori di rischio riconosciuti strettamente associati all'ictus sono uno stile di vita non corretto (fumo, sedentarietà e scarsa attività fisica) e patologie quali il diabete, l'ipertensione arteriosa, l'attacco ischemico transitorio (TIA), un precedente evento di infarto miocardico, la fibrillazione atriale (SPREAD, 2005).

Si stima che nella popolazione del Lazio sopra i 35 anni si verifichino ogni anno 10.000 di tali eventi, l'80% dei quali in persone sopra i 65 anni. Si osservano ogni anno più di 9.000 ricoveri ordinari per acuti con questa diagnosi principale. I casi prevalenti oscillano tra 30.000 e 45.000. Questa popolazione si caratterizza per un rilevante ricorso alla riabilitazione in fase post-acuzie e alla lungodegenza medica: 2.350 episodi di ricovero ogni anno. Ogni anno gli eventi cerebrovascolari acuti sono identificati come causa principale di 3.100 decessi, la grande maggioranza dei quali riguarda persone con più di 75 anni.

Nel Lazio l'offerta dei servizi dedicati per la cura dei pazienti con ictus acuto è caratterizzata dalla presenza di Unità di trattamento neurovascolare (UTN) presenti solo nell'area urbana di Roma (7 centri autorizzati al trattamento con terapia trombolitica in pazienti con ictus ischemico iperacuto). Tale offerta risulta ancora limitata e non organizzata in una rete assistenziale, mentre l'offerta per l'assistenza nella fase post-acuta è del tutto assente nell'ambito degli ospedali per acuti, soprattutto se vista in un'ottica di integrazione sociosanitaria essendo la stessa spostata sostanzialmente negli IRCCS privati e nelle case di cura.

#### Obiettivi

Il controllo delle patologie cerebrovascolari, per il prossimo triennio, dovrà avvenire mediante interventi che mirino alla sorveglianza epidemiologica degli accidenti cerebrovascolari; alla prevenzione dei primi eventi e delle recidive; all'assistenza tempestiva dei pazienti in fase acuta e nella fase immediatamente successiva (entro 48 ore); all'integrazione ospedale-territorio; alla riduzione degli esiti invalidanti conseguenti all'evento acuto e al completo reinserimento nella vita sociale e lavorativa; al monitoraggio della qualità dell'assistenza per i pazienti con ictus presso le Aziende sanitarie della regione. Pertanto i risultati previsti sono i seguenti:

- riduzione del 20% delle recidive cerebrovascolari;
- riduzione del 20% degli esiti invalidanti conseguenti all'evento acuto.

#### Azioni

- Promozione di interventi di educazione sanitaria sulla prevenzione delle malattie cerebrovascolari, sia nella popolazione generale che in quella a rischio di un primo o di un secondo evento di ictus, attraverso il coinvolgimento dei MMG e del personale dei servizi dedicati (UTN), nonché attraverso l'implementazione dei piani di prevenzione attiva locali;

- implementazione del modello di rete hub and spoke per la gestione dei pazienti con ictus cerebrale acuto, a partire dalle UTN già esistenti in collaborazione con i servizi del Sistema di emergenza-urgenza. Il modello è dettagliatamente riportato nella D.G.R. 420/07 e nei Decreti 25 e 43 del 2008 del Commissario ad Acta, nonché nell'allegato A al presente Piano;
- diffusione del PCAE ictus (Percorso clinico-assistenziale in emergenza) tra gli operatori sanitari dell'emergenza e attivazione di procedure operative intra e interaziendali per la gestione dei pazienti con patologie cerebrovascolari dalla fase acuta a quella post-acuta, con particolare riguardo alla continuità delle cure in termini di integrazione fra le unità ospedaliere, le strutture per la riabilitazione e la lungodegenza e i servizi territoriali;
- incentivazione della terapia riabilitativa precoce (entro 48 ore dall'evento acuto) e intensiva attraverso percorsi preferenziali concordati tra reparti per acuti, di riabilitazione altamente specializzata e di servizi territoriali;
- potenziamento del sistema di sorveglianza dell'ictus attraverso la raccolta sistematica delle informazioni cliniche presso i PS della regione;
- monitoraggio della qualità dell'assistenza mediante gli indicatori di struttura e di processo individuati dal programma di ricerca nazionale del Ministero della Salute presso le Aziende sanitarie che gestiscono i pazienti con ictus.

#### **Indicatori**

- Proporzioni di ASL/AO che registrano sistematicamente i casi di ictus mediante la scheda specialistica di PS;
- proporzioni di ASL/AO che attuano gli interventi di prevenzione primaria (ASL) e delle recidive (ASL/AO) delle malattie cerebrovascolari basati sull'integrazione assistenziale tra PS, reparto e territorio;
- proporzioni di ASL/AO che attivano eventi formativi per la diffusione dei PCAE ictus tra gli operatori sanitari;
- proporzioni di ASL/AO che attivano accordi tra i reparti di neurologia/UTN e riabilitazione e gli specialisti ambulatoriali e i MMG all'interno delle ASL per la gestione del paziente con ictus in continuità di cura;
- indicatori di struttura e di processo, come stabilito dal programma di ricerca nazionale del Ministero della Salute.

## 4. Malattie oncologiche

### Epidemiologia

Si stima che ogni anno nel Lazio vengano diagnosticati circa 25.000 nuovi casi di tumore maligno in persone fra 0 e 84 anni, 5 ogni 1.000 maschi (soprattutto cute, prostata, polmone, vescica e colon) e 4 ogni 1.000 femmine (soprattutto mammella, cute, colon, polmone e stomaco). Le persone viventi con una diagnosi di tumore maligno sono circa 170.000. Circa 80.000 di queste persone hanno avuto almeno un ricovero ospedaliero ordinario.

### Aree di intervento

Sono state individuate quattro diverse aree di priorità articolate nei seguenti obiettivi generali:

- Rete oncologica:
  - avviare la realizzazione della Rete oncologica.
- Prevenzione primaria:
  - promuovere la prevenzione primaria basata su prove di efficacia;
  - attivare campagne vaccinali contro le infezioni da HPV tipi 16 e 18 nelle adolescenti.
- Screening:
  - promuovere la prevenzione secondaria, con particolare riferimento ai programmi di screening del carcinoma della cervice uterina, del cancro della mammella e del cancro del colon-retto;
  - promuovere l'appropriatezza nell'uso della diagnostica preventiva.
- Registri tumori:
  - rilanciare il registro tumori di Latina, estendere ad una popolazione più ampia la sorveglianza, mettere in rete le anatomie patologiche della regione;
  - attivare, da parte del COR del Dipartimento di Epidemiologia, i registri dei tumori occupazionali di cui all'art. 244 del Decreto Legislativo n. 81 del 9 aprile 2008.

### RETE ONCOLOGICA

La programmazione regionale prevede la realizzazione di una Rete oncologica regionale per le cui caratteristiche e modalità organizzative si rimanda all'Allegato E "Rete oncologica regionale".

Il modello di rete è costituito da Dipartimenti oncologici strutturati in aree geografiche coincidenti con ASL (o aggregati di ASL) in cui alcune strutture di alta specializzazione, quali l'IRCCS IFO, fungono da hub e le strutture meno complesse fungono da spoke. Il Dipartimento include strutture sia delle Aziende territoriali, sia delle Aziende ospedaliere dell'area in cui è situato. La rete garantisce le attività di prevenzione, diagnosi e cura delle patologie oncologiche (Dipartimento di prevenzione, Centri screening, Assistenza domiciliare, Hospice, reparti di Presidi ospedalieri, diagnostica specializzata) e le prestazioni ad alta complessità da indirizzarsi ai centri hub. La rete si basa quindi su un modello hub and spoke in cui i dipartimenti svolgono entrambe le funzioni attraverso tutte le strutture di primo livello e centri di alta specializzazione: in tal modo viene garantita la prossimità delle cure e la continuità assistenziale; infatti il paziente è

preso in carico dal Dipartimento che è in grado di fornire tutta l'assistenza necessaria in modo controllato per qualità, riducendo trasferimenti e disagi, e di offrire con il suo centro hub prestazioni diagnostiche e terapeutiche di alto livello.

### **Obiettivo**

Definire e avviare una Rete oncologica del Lazio. Obiettivi della rete sono:

- equità nell'accesso ai servizi e ai trattamenti, superamento delle disomogeneità territoriali e riduzione dei disagi logistici e di orientamento dei pazienti;
- costante miglioramento della qualità delle cure;
- miglioramento della qualità della vita del paziente attraverso la riduzione della sofferenza inutile, facendo ricorso alle cure palliative, in modo che il 100% dei pazienti oncologici in fase terminale abbia accesso alle cure palliative;
- presa in carico dell'assistito nell'intero percorso assistenziale, attuando percorsi diagnostico-terapeutici adeguati e tempestivi, riducendo le liste di attesa e perseguendo la continuità assistenziale;
- integrazione fra i diversi livelli: promozione della salute, prevenzione, diagnosi e cura ospedaliera e territoriale, riabilitazione, assistenza psicologica e sociale, in modo che almeno l'85% dei pazienti oncologici segua il percorso integrato;
- realizzazione della continuità assistenziale fra strutture di alta specialità, ospedali del territorio, altre strutture di assistenza territoriale.

### **Azioni**

La Rete oncologica è parte integrante del Piano sanitario regionale, dunque tutto il SSR è coinvolto. Il percorso di attuazione può essere articolato in tre fasi:

- *attività propedeutiche*: definizione della Rete oncologica;
- *percorso legislativo*: emanazione di Linee guida per l'organizzazione dei Dipartimenti oncologici e dei Piani di Dipartimento;
- *implementazione*: messa in funzione dei Dipartimenti oncologici e delle équipe di Dipartimento; creazione della rete delle anatomie patologiche e del sistema informativo della rete.

### **Indicatori**

- Messa in funzione della rete delle anatomie patologiche ed esistenza del primo nucleo della banca dati entro il 2010;
- costituzione dei Dipartimenti oncologici entro maggio 2010;
- produzione dei protocolli di rete per la gestione dei pazienti per le principali patologie oncologiche entro il 2010.

## **PREVENZIONE PRIMARIA**

### **I fattori di rischio e il loro impatto**

Le attività di contrasto dei fattori di rischio sono guidate dai piani di prevenzione attiva del Ministero che prevedono una serie di interventi di provata efficacia che le Regioni e le ASL a loro volta devono contestualizzare e attuare nel territorio di loro competenza.



### **Obiettivi**

- Ridurre la prevalenza di fumatori del 15%;
- ridurre il numero di nuovi fumatori fra gli adolescenti del 10%;
- promuovere una corretta alimentazione;
- promuovere ambienti di vita e di lavoro salubri;
- raggiungere un'adeguata copertura della vaccinazione anti HPV.

### **Azioni**

- Attivare programmi per la lotta al tabagismo;
- promuovere corsi di educazione alla salute nelle scuole per la prevenzione del tabagismo nei bambini e negli adolescenti;
- implementare le campagne per la vaccinazione di massa anti HPV delle adolescenti.

Per le azioni relative all'attuazione dei Piani di prevenzione attiva si rimanda al capitolo "Prevenzione e programmi di sanità pubblica" (Parte III – cap. 2), con particolare riferimento ai piani di prevenzione cardiovascolare e dell'obesità.

### **Indicatori**

- Svolgimento di almeno due corsi/anno di educazione alla salute per la prevenzione del tabagismo in ogni ASL;
- copertura vaccinale al 95% delle coorti di dodicenni con data di nascita successiva al 1998 entro il triennio;
- messa in funzione del registro vaccinale.

### **SCREENING**

Prima dell'attivazione dei programmi di screening, nel Lazio si stimavano ogni anno 4.000 nuovi casi di cancro della mammella e 996 decessi. Lo screening mammografico può ridurre la mortalità del 20%. Per il cancro della cervice uterina si stimavano 278 nuovi casi e 101 decessi ogni anno; una così bassa incidenza indica una popolazione già sottoposta a screening spontaneo. Una copertura totale con pap-test può ridurre ulteriormente l'incidenza. L'attivazione dei programmi di screening mammografico e citologico, iniziata nel 1999, ha incontrato molte difficoltà: ad oggi, per la cervice uterina, non tutte le ASL hanno attivato un programma e per entrambi gli screening pochi programmi riescono a invitare tutta la popolazione target nei tempi previsti (si veda Parte III, cap. 2.c "Programmi di screening").

Nel Lazio si stimano ogni anno 3.900 nuovi casi di cancro del colon-retto e 1.841 decessi. L'incidenza aumenta dopo i 50 anni. Lo screening con test del sangue occulto fecale ogni due anni può ridurre la mortalità del 20%. Lo screening del colon-retto nel Lazio è di più recente attivazione e un grande studio pilota sta cercando di valutare la fattibilità del programma. Sono molto diffuse nella regione attività di screening spontaneo e opportunistico che da una parte suppliscono alla non completa estensione dei programmi, in particolare per il citologico, ma contemporaneamente sono fonte di prescrizioni inappropriate.

### **Obiettivi**

- Garantire un'estensione completa per gli screening citologico e mammografico;
- aumentare l'adesione all'invito;
- attivare i programmi di screening del colon-retto;

- aumentare l'appropriatezza nell'uso della prevenzione secondaria;
- valutare se e quali marcatori possano avere un razionale per l'utilizzo e definire protocolli per l'utilizzo dei marcatori di rischio genetico in particolare del cancro del seno e ovaio.

#### **Indicatori**

- Estensione degli inviti superiore al 90% della popolazione target per tutti i programmi mammografici e citologici;
- raggiungimento di un'adesione vicina agli standard nazionali (35% per il citologico e 60% per il mammografico);
- estensione del 25% per lo screening del cancro del colon-retto.

Uno specifico capitolo si occupa degli screening oncologici; si rimanda a questo per la definizione delle azioni.

### **REGISTRO TUMORI**

#### **Premessa**

Nella regione Lazio è operativo un solo registro tumori, quello della provincia di Latina. I dati del registro sono inclusi nella banca dati dell'*International Agency for Research on Cancer* (IARC) per gli anni 1983-1991 e nella banca dati dell'Associazione italiana registri tumori (AIRTUM) per gli anni 1990-2003. Negli anni scorsi il registro ha avuto dei problemi, ma attualmente è rientrato negli standard ed è stato riammesso dall'AIRTUM fra i registri italiani.

L'importanza crescente dei registri tumori per la misura dell'incidenza dei tumori nella popolazione è cruciale, anche in considerazione dell'allungamento della sopravvivenza delle persone affette da tali patologie. Occorre quindi predisporre meccanismi di estensione della registrazione dei casi, anche attraverso l'istituzione di una rete per le anatomie patologiche per l'intera regione. La Regione Lazio istituisce il registro tumori di popolazione regionale, in applicazione del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, ai sensi degli articoli 20 e 154, comma 1, lettera g). Il registro dei tumori raccoglie dati anagrafici e sanitari relativi a persone affette dalla malattia a fini di studio e ricerca scientifica e di valutazione delle strutture sanitarie, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali. La popolazione di riferimento verrà definita sulla base di studi di fattibilità che vanno allestiti dall'Agenzia di Sanità Pubblica, che coordina altresì l'estensione del registro tumori, avvalendosi anche delle strutture sanitarie predisposte alla gestione del registro tumori di Latina e dell'IFO.

#### **Obiettivi**

- Estensione del registro ad una popolazione almeno doppia dell'attuale (indicatore sì/no);
- accreditamento presso la IARC;
- realizzazione della rete delle anatomie patologiche.

#### **Azioni**

- Concordare un piano di rilancio del registro;
- definire procedure automatizzate per la registrazione dei casi;
- consolidare le attività di raccolta dati e registrazione;
- attuare la rete laziale delle anatomie patologiche.

## 5. Diabete

Il diabete mellito (DM) è una delle patologie di maggiore rilevanza nel nostro paese, per l'elevata prevalenza – in costante aumento – e per il notevole impatto sociosanitario correlato alla possibile comparsa di complicanze croniche, al carico assistenziale derivante, alle importanti ricadute sulla qualità di vita dei pazienti, all'elevato assorbimento di risorse. La prevalenza del diabete nel Lazio è stimata essere del 4,8% (4,5% in Italia), per un numero di diabetici pari a circa 260.000. Il 37% dei diabetici soffre di almeno una complicanza, il 14% è in dialisi per nefropatia diabetica.

Relativamente agli aspetti assistenziali, dallo studio QuADRI emerge come una quota insufficiente di diabetici sia trattata per i fattori di rischio e solo il 4% sia gestito in aderenza a quelle che sono le principali raccomandazioni. Le dimissioni di diabetici per tutte le cause nel Lazio sono circa 55.000 l'anno.

Il Sistema regionale dei controlli esterni ha evidenziato un grado di inappropriatazza pari al 47% nel 2006.

Alla luce degli elementi riportati, il Lazio pianifica un Piano specifico per il diabete, coerente con i modelli clinico-gestionali più accreditati dalle evidenze scientifiche.

### Obiettivi

- Migliorare le conoscenze sulla patologia diabetica, sui servizi a questa collegati, sugli esiti dell'assistenza.
- Promuovere la prevenzione primaria e la diagnosi precoce del diabete. Ridurre la prevalenza dell'obesità del 5%. Aumentare del 10% il numero di persone che svolgono attività fisica. Ridurre del 5% l'incidenza del diabete.
- Promuovere la qualità dell'assistenza nella gestione del diabete.
- Definire, a livello regionale, i criteri per omogeneizzare le procedure relative all'erogazione dei presidi sanitari ai soggetti diabetici, nell'ambito dell'assistenza sanitaria integrativa e protesica, in modo da aumentare del 30% i soggetti diabetici inseriti in percorsi di cura integrati. Ridurre del 25% il tasso di amputazioni nella popolazione diabetica. Ridurre del 40% gli accessi al Pronto soccorso della popolazione diabetica per cause correlate al diabete.

### Azioni

- Predisporre un rapporto regionale annuale sul diabete a partire dai sistemi informativi correnti. Individuare un set di indicatori di struttura, di processo e di esito e avviarne preliminari applicazioni.
- Attivare interventi di sensibilizzazione e formazione degli operatori sanitari, a partire dai MMG, per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce, e iniziative volte all'implementazione di stili di vita per la salute.
- Programmare e monitorare la riorganizzazione della rete assistenziale diabetologica.
- Definire linee di indirizzo per il perseguimento dell'appropriatezza d'uso dei diversi ambiti assistenziali.
- Definire, a livello regionale, il profilo assistenziale clinico-organizzativo per il paziente diabetico.
- Sperimentare un modello di gestione integrata per la malattia diabetica tra MMG e centri diabetologici.

**Indicatori**

Disponibilità Rapporto regionale sul diabete.

Numero della campagne di sensibilizzazione e informazione effettuate.

Stima prevalenza obesità (Studio PASSI).

Stima persone che svolgono regolarmente attività fisica (Studio PASSI).

Stima prevalenza e incidenza diabete.

Disponibilità linee guida regionali sulla gestione integrata del paziente diabetico.

Stima della percentuale dei soggetti diabetici inseriti in percorsi di cura integrati.

Tasso di amputazioni nella popolazione diabetica.

Accessi al Pronto soccorso per causa della popolazione diabetica.

Ricoveri ospedalieri per causa della popolazione diabetica.

Mortalità generale e per causa nei pazienti diabetici.

Prevalenza e incidenza del ricorso alla dialisi nei pazienti diabetici.

## 6. Malattie respiratorie

Le malattie respiratorie hanno un elevato impatto sanitario e socioeconomico sia per la loro elevata diffusione che per le importanti conseguenze sull'individuo (scarsa qualità della vita, invalidità, perdita di produttività) e sulla società (ricoveri ospedalieri, terapie complesse e costose come l'ossigenoterapia domiciliare e la ventilazione meccanica non invasiva domiciliare). La gestione clinico-organizzativa del paziente affetto da patologie respiratorie e soprattutto dalle forme croniche con insufficienza respiratoria è assai complessa in quanto richiede competenze specialistiche, adeguate tecnologie diagnostiche e terapeutiche e implica la necessità di implementare una rete assistenziale integrata che faciliti l'utilizzo di percorsi diagnostico-terapeutico-riabilitativi appropriati e condivisi.

### Epidemiologia

Le patologie dell'apparato respiratorio che maggiormente incidono sulla popolazione in termini di morbosità e mortalità sono la broncopneumopatia cronica ostruttiva, l'asma bronchiale e le polmoniti di comunità.

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è una patologia cronica caratterizzata da alta prevalenza (223.000 casi stimati nel Lazio, 8% tra i maschi e 6% tra le femmine sopra i 35 anni). Nella sua forma stabilizzata la BPCO può essere controllata dal MMG e in ambiente ambulatoriale, mentre il ricorso alle cure ospedaliere si rende necessario in caso di esacerbazioni infettive o di insufficienza respiratoria. Ogni anno nel Lazio si osservano oltre 13.000 ricoveri ospedalieri ordinari per acuti in cui la BPCO è indicata come diagnosi principale e altri 26.000 in cui essa figura come diagnosi secondaria.

L'asma bronchiale è efficacemente controllabile a livello ambulatoriale, con picchi di ospedalizzazione durante l'epidemia influenzale e nelle stagioni in cui abbondano gli allergeni. Su tutta la popolazione del Lazio si stimano 165.000 casi prevalenti di asma bronchiale. L'asma è indicato come diagnosi principale in circa 2.000 ricoveri (oltre il 60% al di sotto dei 15 anni di età).

Ogni anno nel Lazio si stimano circa 7.600 episodi di polmoniti di comunità e 6.600 ricoveri in cui tale patologia è indicata come diagnosi principale. L'alto rapporto tra ospedalizzazione e incidenza, di molto superiore al livello di riferimento del 30-35%, può far ipotizzare la presenza di carenze nel trattamento di questa patologia da parte dei MMG e del livello ambulatoriale.

L'incidenza della tubercolosi, dopo anni di continua discesa, non si è sostanzialmente modificata in Italia nell'ultimo decennio, mentre nella regione Lazio si osserva dal 2003 un progressivo aumento delle notifiche di TBC, soprattutto polmonare, attribuibile alla popolazione straniera residente.

### PREVENZIONE

#### Obiettivi

- Incrementare la prevenzione primaria e la promozione della salute per le patologie respiratorie.
- Attivare programmi per la prevenzione e il controllo della TBC polmonare (Progetto CCM per il controllo della tubercolosi) in modo da ridurre del 15% l'incidenza della TBC polmonare.

### **Azioni**

Elaborazione e sperimentazione di progetti di educazione sanitaria nelle scuole e negli ambienti di lavoro relativamente alla patologia asmatica e alla sospensione del fumo di tabacco in accordo ai Piani regionali di prevenzione.

Elaborazione e sperimentazione di percorsi assistenziali integrati che coinvolgano specialisti, MMG, pazienti e famiglie.

Intensificazione dell'offerta del vaccino antinfluenzale nei pazienti affetti da BPCO.

Diffusione tra i MMG e i servizi specialistici territoriali di linee guida per l'identificazione precoce dei casi, la prevenzione e il controllo della TBC nelle persone immigrate da paesi ad alta endemia, nelle persone venute a contatto con pazienti e negli operatori sanitari.

### **Indicatori**

Numero di progetti aziendali di educazione sanitaria e di percorsi assistenziali integrati per la prevenzione dei fattori di rischio elaborati e sperimentati nella Regione.

Numero di progetti aziendali volti alla divulgazione e all'implementazione di Linee guida sulla prevenzione della TBC.

### **ASSISTENZA PNEUMOLOGICA REGIONALE**

L'esigenza di riorganizzare l'assistenza pneumologica regionale si basa sulla scelta strategica di gestire in ospedale solo la grave patologia acuta e di trattare i pazienti critici, con insufficienza respiratoria, in unità specialistiche ospedaliere al fine di migliorare gli esiti sia in termini di morbosità e mortalità che di efficienza. Si ritiene quindi opportuno che l'attuale modello di reparto, caratterizzato da un'alta numerosità di posti letto per acuti, a bassa intensità assistenziale e a scarsa diversificazione specialistica, venga superato da un modello caratterizzato da un minor numero di posti letto per acuti (a più elevata intensità di cure) e da un maggior numero di posti letto di post-acuzie e di riabilitazione. La disponibilità, inoltre, di una rete di ambulatori specialistici territoriali, capaci di gestire anche l'assistenza domiciliare in sinergia con i CAD e i MMG, potrebbe condurre alla razionalizzazione dei percorsi diagnostici e terapeutici nell'ottica della continuità assistenziale. In particolare l'organizzazione dell'assistenza prevede la suddivisione delle unità operative pneumologiche in due distinti livelli di complessità:

- Servizi specialistici territoriali, che svolgano attività ambulatoriale h 12, garantiscano anche l'assistenza specialistica domiciliare in sinergia con i CAD e i MMG e siano dotati di un laboratorio di fisiopatologia respiratoria e dei seguenti ambulatori: pneumologia generale, asmologia e allergologia respiratoria, ossigeno e ventiloterapia domiciliare, disturbi respiratori del sonno, prevenzione e follow-up della tubercolosi, riabilitazione respiratoria;
- UO pneumologiche ospedaliere, con posti letto per acuti, letti di day hospital, ambulatori specialistici (con le medesime specificità di cui sopra) e attività specialistica domiciliare. Occorre realizzarne alcune dotate di modulo di terapia intensiva d'organo (UTIR).

### **Obiettivi**

Organizzare l'assistenza pneumologica per intensità di cure.

Potenziare le reti della post-acuzie e della riabilitazione respiratoria.

Garantire l'assistenza pneumologica sul territorio.

Garantire l'assistenza domiciliare in sinergia con i CAD e i MMG e con l'ausilio della telemedicina.

Assicurare un'assistenza di eccellenza ai malati di tubercolosi, sia nella fase acuta di trattamento che per quanto riguarda il follow-up, in modo che gli abbandoni del trattamento non superino il 10% dei casi.

### **Azioni**

Adeguamento dei servizi territoriali e delle Unità pneumologiche ospedaliere ai requisiti minimi organizzativi per livello di complessità.

Riconversione di parte dei posti letto per acuti in letti di post-acuzie e di riabilitazione (compresa la riabilitazione di alta intensità). Tale azione dovrà essere promossa tenendo conto delle esigenze complessive della più ampia manovra di ridimensionamento e riequilibrio della rete ospedaliera per la riabilitazione.

Predisporre una rete di ambulatori specialistici territoriali, capaci di garantire l'uniformità del livello di assistenza su tutto il territorio regionale e di fornire prestazioni che rispondano ai principi di efficacia e appropriatezza.

Attivazione e gestione dell'assistenza domiciliare respiratoria, rivolta in special modo ai pazienti non autosufficienti, in ossigenoterapia e/o ventilazione meccanica domiciliare attuabile anche in telesorveglianza.

Stesura a livello di ciascun Distretto di protocolli d'intesa atti a definire i rapporti fra le diverse unità operative dell'assistenza domiciliare (équipe ospedaliere, servizi territoriali, CAD, MMG) per la presa in carico globale del paziente con insufficienza respiratoria cronica. Pianificazione e implementazione di percorsi assistenziali integrati tra UO pneumologiche, CAD, MMG, pazienti e famiglie. Promozione di progetti sperimentali per la gestione domiciliare dei pazienti in ventilazione meccanica con l'utilizzo della telesorveglianza.

Concentrare il trattamento dei casi acuti di TBC in strutture dedicate. Garantire il follow-up della terapia negli ambulatori specialistici territoriali attraverso l'adozione di misure e di competenze idonee al completamento dei cicli terapeutici e alla riduzione dei "persi al follow-up".

### **Indicatori**

Numero di progetti aziendali indicanti strumenti e azioni finalizzati all'adeguamento dei servizi territoriali e delle Unità pneumologiche ospedaliere ai requisiti minimi.

Numero di posti letto per acuti riconvertiti in posti letto di post-acuzie e di riabilitazione.

Numero di servizi specialistici pneumologici territoriali per abitanti/ASL.

Numero di protocolli integrati di assistenza elaborati e sperimentati nelle ASL regionali.

Verifica degli indicatori previsti dal documento del CCM "Stop alla tubercolosi in Italia".

### **TRATTAMENTO DOMICILIARE DELL'INSUFFICIENZA RESPIRATORIA GRAVE: OSSIGENOTERAPIA A DOMICILIO (OLT) E VENTILAZIONE MECCANICA DOMICILIARE (VMD)**

L'OLT è l'unica strategia terapeutica che ha dimostrato di prolungare la sopravvivenza dei pazienti affetti da insufficienza respiratoria cronica secondaria a BPCO, di ridurre i costi sociali della malattia. Anche la VMD è una modalità terapeutica sempre più impiegata nei pazienti con insufficienza respiratoria non svezabili dalla ventilazione meccanica negli stadi avanzati di alcune patologie neuromuscolari (come la sclerosi laterale amiotrofica). Sia l'OLT che la VMD sono terapie gravate da alti costi di gestione. Per questi motivi è opportuno definire e rendere omogenei i criteri di prescrizione e le

modalità di fornitura, introducendo parametri di economicità, qualità, semplificazione del servizio e miglior gradimento da parte dell'utenza.

**Obiettivo**

Promuovere la semplificazione e l'appropriatezza della prescrizione dell'OLT.

**Azioni**

Promozione di una prescrizione dell'OLT e della VMD strettamente specialistica e aderente alle linee guida. Attivazione di programmi di assistenza domiciliare respiratoria per monitorare la compliance e l'efficacia della terapia (VMD e OLT).

**Indicatori**

Numero di progetti aziendali utili al monitoraggio della compliance e dell'efficacia della VMD e dell'OLT.



## 7. Demenze e malattia di Alzheimer

### Cenni epidemiologici

Le Demenze raccolgono un insieme di patologie (Malattia di Alzheimer, demenza vascolare, frontotemporale, a corpi di Lewy, forme miste ecc.) le cui complicanze rappresentano una delle principali cause di morte negli ultrasessantacinquenni dei paesi occidentali. Si tratta infatti di eventi morbosi che sono fonte di gravi disabilità in età avanzata, influenzando la qualità di vita del paziente, l'autonomia nelle attività quotidiane e la sopravvivenza. La malattia di Alzheimer è la più frequente tra le forme di demenza (50-60% dei casi), seguita da quella vascolare (10-20%) e dalle forme miste (circa il 15% dei casi). In Italia lo studio ILSA (*Italian Longitudinal Study on Aging*, 2002) ha prodotto stime di prevalenza variabili da 2,5% a 6,8%, con una predominanza per il sesso femminile e un'incidenza di 7 casi per 1.000 anni persona.

Obiettivo centrale per il miglioramento dell'assistenza alle persone con problemi di Alzheimer o di demenza è la presa in carico globale del soggetto affetto da una forma di demenza e della sua famiglia, attraverso l'integrazione sociosanitaria dei servizi dedicati (Punto unico di accesso sociosanitario a livello distrettuale; MMG; Centro diagnostico specialistico per le demenze; Centro esperto per le demenze; Centri diurni per le demenze; Assistenza domiciliare sociale, sanitaria, integrata; RSA con nucleo per le demenze).

Lo stato dell'offerta e le azioni da mettere in atto nell'arco della vigenza del Piano sono descritte nella Parte III cap. 5 b

## 8. Salute mentale

Come già individuato dalle recenti Linee di indirizzo nazionale per la Salute Mentale<sup>1</sup>, i servizi di salute mentale in questi ultimi anni si trovano a fronteggiare sia modificazioni della domanda e dei bisogni della popolazione, sia criticità nella realizzazione di strategie di intervento e nella costituzione di reti integrate di servizi.

Si registrano segnali di un arretramento dei livelli di deistituzionalizzazione raggiunti negli anni precedenti, che richiedono la promozione di servizi finalizzati a percorsi di ripresa e la necessità di una maggiore apertura verso la dimensione sociale. Si rilevano inoltre nuove dimensioni del bisogno quali:

- un aumento del numero complessivo delle persone affette da disturbi emotivi comuni;
- una costante crescita dell'uso e abuso di sostanze e di patologie di confine;
- un incremento della popolazione straniera che raggiunge ormai il 6% di quella italiana;
- una maggiore precocità e rilevanza di disturbi psichici dell'infanzia e dell'adolescenza;
- l'elevata prevalenza di disturbi psichici nella popolazione carceraria, e le vicissitudini legate alle opportunità di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG).

La promozione della salute mentale, in presenza e/o assenza di malattia, rappresenta una responsabilità che coinvolge i settori sociali e sanitari della società. Il presente Piano recepisce il lavoro svolto dalla Consulta regionale per la salute mentale, e ha fra i suoi obiettivi quello di individuare azioni volte ad aumentare l'unitarietà e la continuità degli interventi a favore delle persone con disagio psichico o disturbo mentale, favorendo un uso razionale delle risorse e una maggiore integrazione funzionale dei servizi pubblici di salute mentale e delle strutture private.

In quanto garanti del governo clinico della salute mentale di un determinato territorio, i Dipartimenti di salute mentale (DSM) dovranno avere come obiettivo la creazione di una rete di agenzie pubbliche e private, sanitarie e sociali, economiche e culturali che permettano la realizzazione di percorsi assistenziali maggiormente in grado di integrare la molteplicità delle dimensioni coinvolte. Tale obiettivo comporta anche la realizzazione di un collegamento operativo e funzionale con i medici di medicina generale, al fine di costituire una rete integrata di servizi in collaborazione con le unità territoriali delle cure primarie e con i servizi sociali. Va considerata come prioritaria la ridefinizione dei rapporti tra le Aziende sanitarie, i servizi del territorio e la comunità di riferimento, attraverso l'attivazione di un tavolo di concertazione e la definizione di un Piano di azione locale per la salute mentale che si dovrà integrare con i Piani di zona.

Una particolare attenzione dovrà essere rivolta ai sistemi di monitoraggio dei processi e degli esiti, favorendo anche programmi di valutazione da parte dei cittadini, creando le condizioni perché le informazioni ottenute siano effettivamente utilizzate sistematicamente ai fini di una programmazione e pianificazione degli interventi.

La promozione della salute mentale, in presenza e/o assenza di malattia, rappresenta una responsabilità che coinvolge i settori sociali e sanitari della società. Il presente Piano recepisce il lavoro svolto dalla Consulta regionale per la salute mentale, e ha fra i suoi obiettivi quello di individuare azioni volte ad aumentare l'unitarietà e la continuità degli interventi

---

<sup>1</sup> Il D.P.C.M. del 21 marzo 2008 contiene le linee di indirizzo per la Salute mentale, i nuovi Livelli essenziali di assistenza (LEA), il trasferimento dell'assistenza sanitaria in carcere e le linee guida per il superamento degli OPG.

a favore delle persone con disagio psichico o disturbo mentale, favorendo un uso razionale delle risorse e una maggiore integrazione funzionale dei servizi pubblici di salute mentale e delle strutture private.

In quanto garanti del governo clinico della salute mentale di un determinato territorio, i Dipartimenti di salute mentale (DSM) dovranno avere come obiettivo la creazione di una rete di attività pubbliche e private, sanitarie e sociali, economiche e culturali che permettano la realizzazione di percorsi assistenziali maggiormente in grado di integrare la molteplicità delle dimensioni coinvolte. Tale obiettivo comporta anche la realizzazione di un collegamento operativo e funzionale con i medici di medicina generale, al fine di costituire una rete integrata di servizi in collaborazione con le unità territoriali delle cure primarie e con i servizi sociali. Va considerata come prioritaria la ridefinizione dei rapporti tra le Aziende sanitarie, i servizi del territorio e la comunità di riferimento, attraverso l'attivazione di un tavolo di concertazione e la definizione di un Piano di azione locale per la salute mentale che si dovrà integrare con i Piani di zona.

Una particolare attenzione dovrà essere rivolta ai sistemi di monitoraggio dei processi e degli esiti, favorendo anche programmi di valutazione da parte dei cittadini, creando le condizioni perché le informazioni ottenute siano effettivamente utilizzate sistematicamente ai fini di una programmazione e pianificazione degli interventi.

Per questo obiettivo di salute obiettivi, azioni e indicatori di valutazione vengono descritti nell'apposito capitolo che tratta complessivamente dell'organizzazione dell'assistenza per la salute mentale ( Parte III cap.3i)

## 9. Traumatismi negli anziani

### Epidemiologia

L'impatto in sanità pubblica dei traumi in età geriatrica è molto rilevante. Essi rappresentano un fattore di rischio di mortalità, morbilità, disabilità permanenti e istituzionalizzazione.

Nella regione Lazio, nel 2005 si sono registrati tra gli ultrasessantacinquenni 114.937 accessi in PS per traumatismi, pari al 24,5% di tutti gli accessi in questa classe di età, di cui la maggior parte per caduta accidentale. Il 27,5% di tali accessi era rappresentato da fratture. Nel 17,6% dei casi l'accesso in PS ha avuto come esito un ricovero o il trasferimento in un altro ospedale. Tra i traumi è particolarmente rilevante l'impatto delle fratture di femore, sia in termini di incidenza che di esiti. Nel Lazio, nel 2005, si sono avuti tra gli ultrasessantacinquenni 8.356 ricoveri per frattura di femore, pari al 35% dei ricoveri per traumatismi nella stessa classe di età, con una mortalità intraospedaliera del 5,2%.

Le linee guida sul percorso assistenziale dei pazienti con frattura di femore raccomandano il ricorso all'intervento chirurgico nella totalità dei casi, salvo controindicazioni molto specifiche, e sottolineano l'importanza della tempestività dell'intervento stesso. Secondo un'indagine epidemiologica, condotta nella regione Lazio negli anni 2001-2004 su 30.000 pazienti, la proporzione di soggetti operati è stata mediamente dell'82%, con ampio range di variabilità; circa il 3% ha ricevuto l'intervento entro le 24 ore e il 13% entro 2 giorni. Tale indagine ha anche evidenziato volumi di attività estremamente variabili fra una struttura e l'altra. I postumi di tale evento danno luogo a oltre 3.200 ricoveri di riabilitazione post-acute, a cui corrisponde un valore di circa 40 milioni di euro.

### Obiettivi

#### *Prevenzione*

- Promuovere il ruolo dei MMG nell'identificazione attiva dei soggetti a rischio di cadute e osteoporosi tra i propri assistiti;
- formare il personale sanitario e sociale a contatto con gruppi di soggetti a rischio (anziani istituzionalizzati, anziani con demenza) e monitorare il fenomeno cadute in questi gruppi;
- promuovere tra gli anziani stili di vita salutari (attività fisica, corretta alimentazione, controllo dell'assunzione dei farmaci);
- modificare fattori di rischio ambientali legati alle cadute a domicilio e in strutture sociosanitarie per anziani (RSA, case di riposo);
- modificare fattori di rischio correlati alla riduzione della densità ossea (osteoporosi).

#### *Sviluppo di un Percorso assistenziale (PA) per il paziente con frattura di femore*

- Riduzione dei tempi di attesa in PS;
- aumento della quota di pazienti trattati chirurgicamente; obiettivo: 95%;
- riduzione dei tempi di attesa preoperatori; obiettivo: 50% entro 48 ore;
- mobilitazione e riabilitazione precoce;
- dimissione precoce e/o protetta.

*Continuità assistenziale per i pazienti ricoverati in seguito a trauma*

- Aumentare l'appropriatezza del percorso riabilitativo;
- ridurre i tempi di attesa per l'accesso alle strutture riabilitative; obiettivo: accesso in riabilitazione entro 7 giorni per l'80% dei pazienti non complicati;
- ridurre l'istituzionalizzazione conseguente a traumatismi;
- garantire il ritorno a casa dei pazienti e prevenirne l'isolamento sociale.

**Azioni**

*Prevenzione*

- Diffusione tra i MMG di strumenti di valutazione multidimensionale volti all'individuazione di soggetti a rischio di cadute;
- formazione dei MMG per interventi attivi sulla modificazione dei fattori di rischio potenzialmente reversibili (diminuzione del visus, debolezza muscolare, rischi legati all'ambiente domestico);
- diffusione tra i pazienti ultrasessantacinquenni di materiale informativo sulla prevenzione delle cadute;
- nell'ambito dei Piani di prevenzione attiva, attuazione di sopralluoghi e attività di formazione da svolgersi nelle diverse strutture sociosanitarie per anziani (centri per anziani, case di riposo, RSA) e nelle abitazioni di soggetti a rischio contestualmente ad attività di informazione e educazione all'attività fisica.

*Sviluppo di un Percorso assistenziale per il paziente con frattura di femore*

- Adozione del Percorso assistenziale per la gestione della fase intraospedaliera definito da Laziosanità-ASP e condiviso con le società scientifiche da parte di tutte le strutture di ricovero. Con tale operazione da un lato si garantisce al paziente un intervento tempestivo e precoce nella fase della malattia in cui è maggiore il potenziale di ripristino totale dell'autonomia, e dall'altro si consente di valutare l'appropriatezza assistenziale e di promuovere il contenimento dei costi.

*Continuità assistenziale per i pazienti ricoverati in seguito a trauma*

- Predisposizione di atti che assicurino il collegamento tra reparti per acuti, reparti di riabilitazione ospedaliera, strutture e servizi riabilitativi territoriali, per garantire l'attivazione del percorso riabilitativo al momento della dimissione del paziente, da realizzarsi tramite attivazione di Assistenza domiciliare integrata nel caso di rientro a domicilio, oppure presso una struttura riabilitativa;
- presa in carico globale del paziente da parte dei servizi sanitari e sociali del territorio in un'ottica di integrazione sociosanitaria che affronti l'insieme dei bisogni assistenziali espressi.

**Indicatori**

*Prevenzione*

- Percentuale di MMG formati dalle ASL sul tema dei traumatismi negli anziani;
- numero di sopralluoghi e interventi effettuati dai Dipartimenti di prevenzione presso le RSA, le case di riposo e i centri anziani;

- dimissioni ospedaliere per traumatismi tra gli ospiti delle RSA;
- accessi in PS per traumatismi tra gli ospiti delle RSA.

*Sviluppo di un Percorso assistenziale per il paziente con frattura di femore*

- Tempo mediano di permanenza in PS;
- proporzione di pazienti operati;
- proporzione di pazienti operati entro 48 ore;
- degenza media;
- mortalità a 30 e 90 giorni;
- proporzione di pazienti dimessi che hanno ricevuto trattamento riabilitativo nel reparto per acuti.

*Continuità assistenziale per i pazienti ricoverati in seguito a trauma*

- Proporzione di pazienti dimessi per trauma trasferiti presso un'unità di riabilitazione (ospedaliera o territoriale).

## 10. Altre patologie di interesse prioritario

### 10.a Disturbi dell'alimentazione

#### Epidemiologia

Nell'indagine multiscopo ISTAT 2005, il 34,2% della popolazione italiana ha dichiarato di essere in sovrappeso e il 9,8% di essere obeso (sulla base dell'indice di massa corporea).

I disturbi dell'alimentazione (anoressia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder) mostrano, a partire dagli anni '70, un significativo incremento di incidenza: l'incidenza dell'anoressia nervosa, da dati del Ministero della Salute, risulta essere attualmente di 4-8 nuovi casi annui per 100.000 abitanti, mentre quella della bulimia nervosa è valutata in 9-12 nuovi casi/anno. Tuttavia vengono qui espresse linee di indirizzo relative al solo problema obesità in ragione della particolare frequenza di questa condizione.

Obesità e disturbi dell'alimentazione sono patologie con patogenesi complessa che presentano un elevato impatto su disabilità e comorbidità e costituiscono importanti fattori di rischio per alcune patologie cardiovascolari, metaboliche, osteoarticolari, tumorali e respiratorie che comportano, fra l'altro, una ridotta aspettativa di vita. Inoltre i soggetti obesi accusano spesso difficoltà notevoli a svolgere autonomamente le principali attività della vita quotidiana.

È indispensabile attuare programmi di prevenzione primaria per l'obesità, in merito a questo si vedano le linee del presente Piano sulle attività di prevenzione.

Ma d'altro canto va anche innovata e specializzata l'assistenza alle persone affette da tali patologie, superando la frammentazione delle risposte date finora alle persone interessate da questi problemi.

Va perseguito un approccio efficace per il trattamento dell'obesità e per la prevenzione secondaria delle complicanze correlate a queste malattie: diabete mellito di tipo 2, patologie vascolari di tipo aterosclerotico, patologie osteoarticolari ecc. Particolare rilievo può rappresentare il trattamento riabilitativo modulato sulle caratteristiche cliniche, funzionali e psicologiche del paziente. In alcuni casi, infatti, il livello di gravità e comorbidità dell'obesità può essere elevato, lo status psichico può essere particolarmente fragile e disturbato, l'impatto della disabilità sulla qualità di vita del paziente può essere gravoso e invalidante.

L'organizzazione di un trattamento in rete di tali patologie con centri di diversa specializzazione e centri di riferimento appare la scelta migliore per la lotta ad un problema complesso e di elevato impatto.

Il problema obesità va affrontato prima dell'insorgenza di complicanze gravi e croniche, quando ancora esistono possibilità di recupero consistenti attraverso interventi di riabilitazione e di educazione terapeutica diretti a cambiare in modo stabile lo stile di vita.

#### Obiettivi

##### *Prevenzione*

Promuovere la prevenzione primaria e l'individuazione precoce dell'obesità.

##### *Assistenza sanitaria*

- Implementare il modello di rete per la gestione dei pazienti con obesità;

- migliorare la qualità dell'assistenza in termini di appropriatezza ed efficacia dei trattamenti sanitari.

## **Azioni**

### *Prevenzione*

- Attivazione di un sistema di sorveglianza regionale che misuri l'incidenza, la prevalenza e il bisogno di salute, anche prevedendo specifiche voci nei sistemi informativi gestiti dall'ASP;
- implementazione, con il coinvolgimento dei Dipartimenti di Prevenzione e dei SIAN, di un piano organizzato di interventi di educazione come da Piano di prevenzione attiva;
- interventi di sensibilizzazione e formazione degli operatori sanitari, a partire dai MMG e dai SIAN, per l'individuazione precoce dei soggetti affetti da obesità.

### *Assistenza sanitaria*

- Programmazione e implementazione di un modello di rete per la gestione dei pazienti con obesità;
- promozione di un approccio multidisciplinare integrato all'obesità; definizione, di concerto con le Società scientifiche e le Università, di criteri di qualità che caratterizzino, al fine dell'accreditamento, i servizi inseriti nella rete che dovrà occuparsi di obesità;
- promozione dell'integrazione tra la rete di assistenza specialistica all'obesità e l'assistenza sanitaria di base, al fine di garantire un'adeguata continuità assistenziale e una gestione multidisciplinare del paziente.

## **Indicatori**

### *Prevenzione*

- Attivazione di un sistema di sorveglianza regionale;
- proporzione di ASL-Dipartimenti di Prevenzione-SIAN che attivano corsi di educazione sanitaria.

### *Assistenza sanitaria*

- Proporzione di strutture sanitarie di base, ambulatoriali e ospedaliere che attivino percorsi integrati;
- numero di corsi di aggiornamento per il personale specializzato nell'area dell'obesità;
- realizzazione di progetti di ricerca per la valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria al paziente obeso.

## **10.b Epilessia**

Per epilessia si intende, secondo le norme dell'International League against Epilepsy (ILAE), una condizione patologica caratterizzata da crisi epilettiche ricorrenti (2 o più), non provocate da una causa immediata identificabile.

Per crisi epilettica si intende un evento clinico improvviso e transitorio dovuto ad un'abnorme ed eccessiva ipereccitabilità di una popolazione neuronale più o meno vasta.



Per sindrome epilettica si intende un complesso di segni o sintomi che, associati tra loro, determinano un'entità unica e caratteristica. Le sindromi sono classificate sulla base del tipo di crisi, del contesto clinico, delle caratteristiche neurofisiologiche (EEG) e delle neuroimmagini (RM).

### **Epidemiologia**

Nei paesi industrializzati l'incidenza per anno delle prime crisi provocate oscilla tra circa 40 e 70 casi/100.000 mentre l'incidenza dell'epilessia è compresa tra 24 e 53/100.000.

L'incidenza delle crisi e dell'epilessia riconosce due picchi, uno relativo alle prime epoche di vita e un altro in rapporto alla terza età.

Nei paesi industrializzati il tasso di prevalenza dell'epilessia attiva è compreso tra 4 e 10/1.000.

Estrapolando i dati nazionali e quelli regionali, si calcola che nel Lazio vivano circa 40.000 epilettici.

### *Organizzazione dei livelli assistenziali*

Si possono individuare diversi livelli di assistenza.

Una crisi epilettica rappresenta un'emergenza clinica drammatica a forte componente emotiva, per cui nella maggior parte dei casi il paziente viene condotto alla più vicina struttura di Pronto soccorso, dove può arrivare in fase post-critica o ancora in crisi. Esiste pertanto un primo livello di assistenza che è rappresentato dai vari presidi sanitari, ospedalieri o territoriali, in grado di erogare un'assistenza di prima necessità ivi compresa la gestione di uno Stato epilettico (condizione in cui le crisi si ripetono a breve distanza, senza recupero completo dello stato di coscienza).

Esistono poi strutture di II livello che hanno Unità di Neurologia, Neuropsichiatria infantile, Neurochirurgia, Pediatria, capaci di gestire un primo livello diagnostico, ovvero in possesso dei mezzi diagnostici di base, quali l'EEG, la TAC o la RMN, il dosaggio dei farmaci antiepilettici e in grado di gestire il follow-up dei pazienti meno gravi e meno complessi. Questi centri sono anche in grado di gestire i pazienti re-inviati loro dai centri di III livello.

I centri di III livello sono servizi prettamente ospedalieri e universitari o IRCCS, in possesso di alte professionalità necessarie alla gestione dei casi più complessi e severi.

Queste unità sono in grado di erogare tutte le prestazioni neurofisiologiche necessarie quali EEG di veglia e di sonno, Poligrafia, Video-EEG, anche prolungato, EEG Dinamico.

Sono in grado di effettuare le ricerche etiologiche tramite esami diagnostici complessi, in particolare le Neuroimmagini, come RMN, RMN spettroscopica, RMN funzionale e le indagini metaboliche e genetiche.

Sono in grado di fornire al paziente le necessarie professionalità, oltre a quella neurologica o neuropsichiatrica infantile, quella psichiatrica, psicologica, internistica o pediatrica.

Centri di III livello sono anche considerate quelle Unità di Neurochirurgia che hanno una sezione o un gruppo di operatori dedicati al trattamento chirurgico delle epilessie, con le necessarie apparecchiature per i monitoraggi neurofisiologici intraoperatori e di profondità.

### **Obiettivi**

Fornire un'adeguata rete di servizi sanitari, attualmente insufficienti o non esistenti, volti a fronteggiare l'epilessia in tutte le sue espressioni, ad iniziare dalle forme di più semplice trattamento a quelle farmacoresistenti meritevoli di intervento neurochirurgico.

Migliorare le conoscenze sull'epilessia a livello della popolazione, delle strutture scolastiche, dei medici generalisti, dei tecnici di neurofisiopatologia, degli infermieri professionali.

### **Azioni**

Individuazione di strutture di I, II, III livello, nell'ambito dei presidi sanitari della Regione, universitari e ospedalieri e organizzazione di una rete secondo il modello hub e spoke.

Istituzione di corsi di apprendimento finalizzati alle singole professionalità e fasce sociali, tenuti da esperti del settore.

## PARTE III – LINEE D’INDIRIZZO PER L’OFFERTA DEI SERVIZI E LIVELLI ASSISTENZIALI

### 1. Assetto istituzionale del Servizio sanitario regionale ed elementi fondamentali del cambiamento

#### 1.a Dal Piano di rientro al Piano sanitario: gli sviluppi pianificati

Il Piano di rientro, nell’ambito della riorganizzazione ospedaliera, poneva obiettivi operativi mirati alla razionalizzazione dell’uso dell’ospedale, al miglioramento delle performance delle alte specialità, al miglioramento dell’efficienza e dell’efficacia degli interventi e alla rimodulazione dell’offerta erogata dai presidi ospedalieri pubblici, anche finalizzata al contenimento dei costi di gestione (obiettivo 1.2 del Piano di rientro).

Il Piano sanitario regionale, in coerenza con tali obiettivi, sviluppa nel presente capitolo e nel seguente capitolo 4 un piano di razionalizzazione dell’uso della “risorsa ospedale” coerente alla manovra prevista dal decreto 25/08 e dal Decreto del Commissario ad Acta del 17/11/08 n. 43 e in linea con quanto stabilito nel nuovo Patto per la salute.

Di seguito sono riportati i punti in cui esso si articola:

a) adeguamento e riconversione di strutture:

- riconversione o chiusura dei presidi di piccole dimensioni e a bassa performance (con disattivazione di oltre 600 posti letto per acuti);
- riconversione di altre strutture ospedaliere non strategiche;
- adeguamento e ristrutturazione di stabilimenti di presidi già esistenti;
- attivazione, riconversione o potenziamento di posti letto e costruzione di nuovi presidi ospedalieri in aree critiche.

b) Ridefinizione dell’offerta delle strutture ospedaliere:

- implementazione dell’ospedale sui cinque giorni (Week hospital) e dell’OBI e potenziamento della Day surgery;
- integrazione della riabilitazione in tutte le fasi di ricovero;
- avvio di percorsi che garantiscano efficienza ed efficacia sul versante dell’urgenza senza impattare sulla gestione dell’elezione e interferire negativamente con i tempi delle liste di attesa, anche diminuendo i rischi di inappropriatazza dovuti al troppo alto rapporto posti letto in elezione/accessi al DEA;
- promozione dell’organizzazione dell’ospedale basata sull’intensità assistenziale;

c) Sviluppo delle reti assistenziali:

- articolazione delle reti di alta specialità in un sistema per centri di riferimento e strutture satellite per favorire l’appropriatezza del livello di intervento e migliorare efficienza e qualità delle cure.

In merito agli obiettivi 2.1 e 2.2 del Piano di rientro (potenziamento delle attività distrettuali e riorganizzazione delle attività territoriali), il presente Piano sviluppa nel seguente cap. 3.d e 3.e un’articolata serie di innovazioni che si basano principalmente su:

- attivazione delle **Unità territoriali di assistenza primaria (UTAP)**;
- attivazione dei **Presidi territoriali di prossimità (PTP)**;

- riorganizzazione dei percorsi assistenziali e promozione dei percorsi integrati ospedale-territorio;
- riorganizzazione delle assistenze intermedie e dell'integrazione sociosanitaria;
- implementazione del piano di realizzazione dei PTP;
- attivazione dei care manager;
- estensione dei modelli di offerta APA e PAC;
- potenziamento dell'offerta domiciliare;
- riduzione del gap fabbisogno/offerta per le RSA e riclassificazione delle stesse sulla base dei nuovi LEA RSA;
- riorganizzazione della rete dei laboratori;
- assicurazione della continuità assistenziale.

## **1.b Il nuovo Patto per la salute 2010-2012**

Con l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012, approvata il 3 dicembre 2009 (Rep. n. 243/CSR), vengono individuati gli indirizzi che di seguito vengono recepiti dal presente Piano.

### **1. Aspetti finanziari**

In particolare il nuovo patto prevede un aumento lordo delle risorse per il fabbisogno finanziario del SSN pari al 2,94% per il 2010, del 2,13% nel 2011 e del 2,8% nel 2012.

Le risorse degli obiettivi di piano non sono da considerarsi più contabilmente vincolate, bensì programmabili al fine di consentire specifiche verifiche circa il raggiungimento degli obiettivi fissati nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza.

Per quanto attiene alle esigenze di adeguamento strutturale e tecnologico del Servizio sanitario nazionale si prevede la possibilità di utilizzare, per gli interventi di edilizia sanitaria, anche le risorse FAS di competenza regionale.

Lo Stato si impegna a garantire nel bilancio pluriennale 2010-2012 ai fini del finanziamento dell'edilizia sanitaria ex articolo 20 della Legge 67/1988, in aggiunta alle risorse stanziare per il 2009 pari a 1.174 milioni di euro, 4.715 milioni di euro.

### **2. Monitoraggio dei fattori di spesa**

Le Regioni hanno convenuto sull'opportunità di avviare un sistema di monitoraggio dello stato dei propri servizi sanitari regionali in seno ad una struttura tecnica di monitoraggio paritetica Stato-Regioni, individuando indicatori di efficienza e appropriatezza allocativa delle risorse. I settori strategici in cui operare al fine di qualificare i servizi sanitari regionali, garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni dei cittadini e al tempo stesso un maggior controllo della spesa sono:

- a) riorganizzazione delle reti regionali di assistenza ospedaliera;
- b) assistenza farmaceutica;
- c) governo del personale;
- d) qualificazione dell'assistenza specialistica;

- e) meccanismi di regolazione del mercato e del rapporto pubblico-privato;
- f) accordi sulla mobilità interregionale;
- g) assistenza territoriale e post-acuta;
- h) potenziamento dei procedimenti amministrativo-contabili, ivi compreso il progetto tessera sanitaria;
- i) rilancio delle attività di prevenzione.

Costituiscono indicatori di efficienza e appropriatezza le seguenti grandezze:

- a) indicatori del rispetto della programmazione nazionale;
- b) indicatori sui costi medi;
- c) standard dei posti letto ospedalieri;
- d) standard del tasso di ospedalizzazione;
- e) standard del costo del personale: si considera anomala una spesa di personale, con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale (e quindi inclusiva degli oneri del personale a tempo indeterminato, con forme di lavoro flessibile e del personale interinale), di valore medio pro-capite (calcolato sulle unità di personale) superiore al valore medio delle regioni in equilibrio economico e che garantiscano l'erogazione dei LEA con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza;
- f) standard della numerosità del personale:
  - 1) con riferimento agli ospedali pubblici (Aziende e Presidi a gestione diretta), si considera anomala la presenza di un numero medio di unità di personale per posto letto superiore al numero medio registrato dalle regioni in equilibrio economico e che garantiscano l'erogazione dei LEA con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza;
  - 2) con riferimento alle Aziende sanitarie si considera anomala la presenza di un numero medio di unità di personale per unità di popolazione assistita superiore al numero medio, corretto per il rapporto tra erogatori pubblici e privati accreditati, registrato dalle regioni in equilibrio economico e che garantiscano l'erogazione dei LEA con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza;
- g) standard di struttura: si considera anomala la presenza sul territorio di ospedali pubblici con numero medio di posti letto inferiore al numero medio registrato dalle regioni in equilibrio economico e che garantiscano l'erogazione dei LEA con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza;
- h) standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza.

### **3. Rimodulazione tariffaria e partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie**

Nel caso in cui si profili, sulla base dei dati relativi al II trimestre proiettati su base annua tenendo conto dei trend stagionali, uno squilibrio di bilancio del settore sanitario pari o superiore al 5%, fermo restando l'obbligo di copertura previsto dalla vigente normativa, le Regioni devono attivare, per un importo di manovra pari ad almeno il 20% dello squilibrio stimato:

- a) ulteriori misure in materia di regressione tariffaria (abbattimento per le attività di riabilitazione ospedaliera effettuate dalle strutture private accreditate della soglia di degenza da 60 a 45 giorni al fine dell'applicazione della riduzione tariffaria giornaliera del 40%, innalzamento della percentuale di regressione tariffaria giornaliera dal 30% al 40% per le attività di lungodegenza di durata superiore ai 60 giorni);

- b) misure per garantire l'equilibrio economico-finanziario della specifica gestione dell'attività libero-professionale intramuraria anche attraverso l'eventuale incremento delle tariffe delle prestazioni rese;
- c) misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie.

#### **4. Razionalizzazione della rete ospedaliera e incremento dell'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri**

Viene prevista la riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale ad uno standard non superiore a 4 posti letto per 1.000 abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per 1.000 abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici. Tale riduzione è finalizzata a promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale e a favorire l'assistenza residenziale e domiciliare. A tale adempimento le regioni sottoposte ai piani di rientro provvedono entro il 31 dicembre 2010.

Rispetto a tali standard è compatibile una variazione, che non può superare il 5% in aumento fino alla definizione di una diversa misura da parte della Conferenza Stato-Regioni sulla base di un'apposita valutazione effettuata dalla Struttura tecnica di monitoraggio con il supporto dell'Agenas, in relazione a condizioni demografiche relative al peso della popolazione ultrasettantacinquenne. I provvedimenti da adottare per il raggiungimento di tale obiettivo devono prevedere il raggiungimento dello standard entro l'anno 2011, precisando gli obiettivi intermedi per l'anno 2010, oggetto di verifica.

Nei medesimi standard non è compresa la quota di posti letto dedicati in via prevalente o esclusiva ai pazienti provenienti dalle altre regioni, registrata nell'anno 2008, per i quali entro il 30 giugno 2010 in sede di Conferenza Stato-Regioni sarà definito un Accordo per la fissazione dei principi di programmazione di tali posti letto.

In vista dell'adozione del provvedimento di revisione straordinaria del DPCM di definizione dei Livelli essenziali di assistenza, secondo quanto previsto dal punto 2.4 del Patto per la salute del 28 settembre 2006, si è convenuto che la lista dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatazza, di cui all'Allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001, venga integrata dalle Regioni e dalle Province autonome in base alla lista contenuta negli elenchi A e B allegati all'Intesa del 3 dicembre 2009. La Regione assicura l'erogazione delle prestazioni già rese in regime di ricovero ordinario, in regime di ricovero diurno ovvero in regime ambulatoriale. Nel caso di ricorso al regime ambulatoriale, la Regione provvede a definire per le singole prestazioni o per pacchetti di prestazioni, in via provvisoria, adeguati importi tariffari e adeguate forme di partecipazione alla spesa, determinati in maniera da assicurare minori oneri a carico del Servizio sanitario nazionale rispetto all'erogazione in regime ospedaliero.

#### **5. Accredimento e remunerazione**

Si è convenuto di stipulare un'intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni finalizzata a promuovere una revisione normativa in materia di accreditamento e di remunerazione delle prestazioni sanitarie, anche al fine di tenere conto della particolare funzione degli ospedali religiosi classificati.

Il termine entro il quale concludere il processo per l'accreditamento definitivo delle strutture private operanti per conto del Servizio sanitario nazionale è stato prorogato al 31 dicembre 2010.

## **6. Assistenza farmaceutica e dispositivi medici**

Governo e Regioni hanno deciso di costituire un apposito tavolo tecnico che formuli una proposta organica, entro 30 giorni, sulla base dei seguenti principi, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica:

- a) definire modalità e strumenti per il governo dell'assistenza farmaceutica ospedaliera;
- b) garantire da parte dell'AIFA la messa a disposizione delle Regioni di dati analitici sui consumi farmaceutici al fine di consentire alle Regioni un reale monitoraggio della spesa;
- c) revisione dell'attuale disciplina del ricorso ai farmaci off label;
- d) monitoraggio della spesa farmaceutica, anche al fine di formulare proposte per assicurare il rispetto dei tetti programmati.

Si è altresì convenuto di unificare le competenze attualmente attribuite a soggetti diversi in materia di prontuario dei dispositivi medici (Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, AIFA, AGENAS, ISS), valorizzando in particolare la funzione di agenzia dell'AIFA. È altresì costituito a livello nazionale un apposito tavolo di lavoro con il compito di:

- a) definire procedure di condivisione delle esperienze in atto;
- b) individuare i livelli appropriati di valutazione dell'immissione sul mercato e di monitoraggio dei prezzi di acquisto almeno per i dispositivi e le tecnologie di maggior impatto.

## **7. Razionalizzazione dell'assistenza ai pazienti anziani e agli altri soggetti non autosufficienti**

Al fine di promuovere una più adeguata distribuzione delle prestazioni assistenziali domiciliari e residenziali rivolte ai pazienti anziani non autosufficienti, si è convenuto che:

- a) anche al fine di agevolare i processi di deospedalizzazione, nelle singole regioni e province autonome la dotazione di posti letto di residenzialità e delle strutture di semiresidenzialità e l'organizzazione dell'assistenza domiciliare per i pazienti anziani e gli altri soggetti non autosufficienti sono oggetto di uno specifico atto di programmazione integrata, in coerenza con le linee prestazionali previste nel vigente DPCM di fissazione dei LEA;
- b) l'ammissione alle varie forme di assistenza residenziale e domiciliare è subordinata alla effettuazione di una valutazione multidimensionale effettuata con gli strumenti valutativi già concordati dalle Regioni con il Ministero, del lavoro, della salute e delle politiche sociali;
- c) con le modalità concordate in sede di Cabina di regia del NSIS sono definitivamente attivati i flussi informativi relativi alle prestazioni di assistenza domiciliare e di assistenza residenziale afferenti al NSIS. La valorizzazione delle prestazioni registrate in detti flussi informativi deve coincidere con i valori riportati nel modello LA relativi all'assistenza residenziale e domiciliare.

## **8. Qualità dei dati contabili, di struttura e di attività**

In funzione della necessità di garantire nel settore sanitario il coordinamento della funzione di governo della spesa e il miglioramento della qualità dei relativi dati contabili e gestionali e delle procedure sottostanti alla loro produzione e rappresentazione, anche in relazione all'attuazione del federalismo fiscale, le Regioni si sono impegnate a garantire

l'accertamento della qualità delle procedure amministrativo-contabili sottostanti alla corretta contabilizzazione dei fatti aziendali, nonché la qualità dei dati contabili. A tal fine:

- a) le Regioni effettuano una valutazione straordinaria dello stato delle procedure amministrativo contabili, con conseguente certificazione della qualità dei dati contabili delle aziende e del consolidato regionale relativi all'anno 2008: a tale adempimento provvedono le Regioni sottoposte ai piani di rientro entro il 31 ottobre 2010;
- b) le Regioni sottoposte ai piani di rientro dai disavanzi sanitari, per tutta la durata dei piani intensificano le verifiche periodiche delle procedure amministrativo-contabili, ai fini della certificazione annuale dei bilanci delle aziende e del bilancio sanitario consolidato regionale;
- c) le Regioni, per l'implementazione e la messa a regime delle conseguenti attività regionali, ivi comprese le attività eventualmente necessarie per pervenire alla certificabilità dei bilanci, possono fare ricorso alle risorse di cui all'articolo 20 della Legge 11 marzo 1988, n. 67;
- d) le Regioni si impegnano ad avviare le procedure per perseguire la certificabilità dei bilanci.

Le Regioni si sono impegnate anche a potenziare le rilevazioni concernenti le strutture eroganti le prestazioni di assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, assistenza territoriale semiresidenziale, assistenza territoriale residenziale e le relative prestazioni erogate.

#### **9. Personale del Servizio sanitario regionale**

Ferme restando le finalità di cui all'articolo 1, comma 565, della Legge 27 dicembre 2006, n. 296, Stato e Regioni hanno concordato che i relativi vincoli per il contenimento della spesa sono prorogati per il periodo 2010-2012. Le Regioni si sono impegnate, in connessione con i processi di riorganizzazione, ivi compresi quelli di razionalizzazione e di efficientamento della rete ospedaliera, all'ulteriore contenimento della spesa di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale, compreso quello operante nelle Aziende ospedaliero-universitarie a carico anche parziale del SSN, anche attraverso:

- a) la definizione di misure di riduzione stabile della consistenza organica del personale in servizio e di conseguente ridimensionamento dei fondi della contrattazione integrativa di cui ai contratti collettivi nazionali del predetto personale;
- b) la fissazione di parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento rispettivamente delle aree della dirigenza e del personale del comparto del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto comunque delle disponibilità dei fondi per il finanziamento della contrattazione integrativa, così come rideterminati ai sensi di quanto previsto alla lettera a).

I protocolli di intesa Università-Regione recanti disposizioni o indirizzi contrastanti con le indicazioni e i parametri di cui sopra sono da adeguarsi. In caso di mancato adeguamento eventuali costi eccedenti detti parametri non possono essere posti a carico del Servizio sanitario nazionale, bensì, per quanto di rispettiva competenza, a carico del bilancio regionale e dell'Università.

Agli adempimenti sopra individuati le Regioni sottoposte ai piani di rientro provvedono entro il 30 giugno 2010 .

#### **10. Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario**

Per le Regioni che risultano in disequilibrio economico si applicano le disposizioni che seguono.



All'esito della verifica degli adempimenti regionali relativa all'anno precedente ai sensi e per gli effetti dell'articolo 1, comma 174, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311, nel caso di disavanzo sanitario non coperto in tutto o in parte, alla regione interessata si applicano, oltre alle vigenti disposizioni riguardanti l'innalzamento automatico delle aliquote IRAP e addizionale regionale IRPEF nella misura massima prevista dalla legislazione vigente, il blocco automatico del turnover del personale del SSR sino al 31 dicembre del secondo anno successivo e il divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo. Gli atti emanati e i contratti stipulati in violazione del blocco automatico del turnover e del divieto di effettuare spese non obbligatorie sono nulli. In sede di verifica annuale degli adempimenti la Regione interessata è tenuta ad inviare una certificazione, sottoscritta dal rappresentante legale dell'ente e dal responsabile del servizio finanziario, attestante il rispetto dei predetti vincoli.

È definito quale standard dimensionale del disavanzo sanitario strutturale, rispetto al finanziamento ordinario e alle maggiori entrate proprie sanitarie, il livello del 5%, ancorché coperto dalla Regione, ovvero il livello inferiore al 5% qualora gli automatismi fiscali o altre risorse di bilancio della Regione non garantiscano con la quota libera la copertura integrale del disavanzo. Nel caso di raggiungimento o superamento di detto standard dimensionale, la Regione interessata è altresì tenuta a presentare entro il successivo 10 giugno un piano di rientro di durata non superiore al triennio, elaborato con l'ausilio dell'AIFA e dell'AGENAS ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della Legge 30 dicembre 2004, che contenga sia le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei Livelli essenziali di assistenza, per renderlo conforme a quello desumibile dal vigente Piano sanitario nazionale e dal vigente Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di fissazione dei medesimi livelli essenziali di assistenza, sia le misure per garantire l'equilibrio di bilancio sanitario in ciascuno degli anni compresi nel piano stesso.

Il piano di rientro, approvato dalla Regione, è valutato dalla Struttura tecnica di monitoraggio di cui all'articolo 3, comma 2, dell'Intesa del 3 dicembre 2009 e dalla Conferenza Stato-Regioni nel termine perentorio, rispettivamente, di 30 e di 45 giorni dall'approvazione della Regione. La Conferenza Stato-Regioni, nell'esprimere il parere, tiene conto del parere della Struttura, ove espresso.

Il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto col Ministro della salute, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, decorsi i termini di cui sopra, accerta l'adeguatezza del piano presentato anche in mancanza dei pareri delle citate Struttura tecnica e Conferenza. In caso di riscontro positivo, il piano è approvato dal Consiglio dei ministri ed è immediatamente efficace ed esecutivo per la regione. In caso di riscontro negativo, ovvero in caso di mancata presentazione del piano, il Consiglio dei ministri, in attuazione dell'articolo 120 della Costituzione, nomina il Presidente della regione commissario ad acta per la predisposizione entro i successivi 30 giorni del piano di rientro e per la sua attuazione per l'intera durata del piano stesso. A seguito della nomina del Presidente quale commissario ad acta:

a) oltre all'applicazione delle misure previste dall'articolo 1, comma 174, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311, in via automatica sono sospesi i trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio e, sempre in via automatica, decadono i direttori generali, amministrativi e sanitari degli enti del Servizio sanitario regionale, nonché dell'assessorato regionale competente. Con DPCM, sentita la Conferenza Stato-Regioni, sono individuati i trasferimenti erariali a carattere obbligatorio;

b) con riferimento all'esercizio in corso alla data della delibera di nomina, sono incrementate in via automatica, in aggiunta a quanto previsto dalla legislazione vigente, nelle misure fisse di 0,15 punti percentuali l'aliquota dell'imposta

regionale sulle attività produttive e di 0,30 punti percentuali l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche rispetto al livello delle aliquote vigenti, secondo le modalità previste dall'articolo 1, comma 174, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311.

Per la Regione sottoposta a piano di rientro resta fermo l'obbligo del mantenimento, per l'intera durata del piano, delle aliquote IRAP e addizionale regionale all'IRPEF ove scattate automaticamente ai sensi dell'art. 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004. Gli interventi individuati dal piano sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro. Resta fermo quanto previsto dall'articolo 1, comma 796, lettera b), ottavo periodo, della Legge 23 dicembre 2006, n. 296 in merito alla possibilità, qualora sia verificato che il rispetto degli obiettivi intermedi sia stato conseguito con risultati quantitativamente migliori, di riduzione delle aliquote fiscali nell'esercizio successivo per la quota corrispondente al miglior risultato ottenuto; analoga misura di attenuazione si può applicare anche al blocco del turn over e al divieto di effettuare spese non obbligatorie in presenza delle medesime condizioni di attuazione del piano.

La verifica dell'attuazione del piano di rientro avviene con periodicità trimestrale ed annuale, ferma restando la possibilità di procedere a verifiche ulteriori previste dal piano stesso o straordinarie ove ritenute necessarie da una delle parti.

L'approvazione del piano da parte del Consiglio dei ministri e la sua attuazione costituiscono presupposto per l'accesso al maggior finanziamento dell'esercizio in cui si è verificata l'inadempienza e di quelli interessati dal piano stesso. L'erogazione del maggior finanziamento, dato dalle quote premiali e dalle eventuali ulteriori risorse finanziate dallo Stato non erogate in conseguenza di inadempienze pregresse, avviene per una quota pari al 40% a seguito dell'approvazione del piano di rientro da parte del Consiglio dei ministri. Le restanti somme sono erogate a seguito della verifica positiva dell'attuazione del Piano.

Qualora dall'esito delle verifiche emerga l'inadempienza della regione, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto col Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali e sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, il Consiglio dei ministri, sentite la Struttura tecnica di monitoraggio e la Conferenza Stato-Regioni, che esprimono il proprio parere entro il termine perentorio, rispettivamente, di 10 e 20 giorni dalla richiesta, diffida la regione interessata ad attuare il piano, adottando altresì tutti gli atti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali idonei a garantire il conseguimento degli obiettivi in esso previsti. In caso di perdurante inadempienza, accertata da Tavolo e Comitato, il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto col Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali e sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, in attuazione dell'articolo 120 della Costituzione nomina il presidente della regione quale commissario ad acta per l'intera durata del Piano di rientro. Il commissario adotta tutte le misure indicate nel piano, nonché gli ulteriori atti e provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali da esso implicati in quanto presupposti o comunque correlati e necessari alla completa attuazione del Piano di rientro. Il commissario verifica altresì la piena ed esatta attuazione del Piano a tutti i livelli di governo del sistema sanitario regionale. A seguito della deliberazione di nomina del commissario:

- a) oltre all'applicazione delle misure previste dall'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, come integrato ai sensi della Intesa del 3 dicembre 2009, in via automatica sono sospesi i trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio e decadono, sempre in via automatica, i direttori generali, amministrativi e sanitari degli enti del servizio sanitario regionale, nonché dell'assessorato regionale competente;

- b) con riferimento all'esercizio in corso alla data della delibera di nomina, sono incrementate in via automatica, in aggiunta a quanto previsto dal comma 6, nelle misure fisse di 0,15 punti percentuali l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive e di 0,30 punti percentuali l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche rispetto al livello delle aliquote vigenti, secondo le modalità previste dall'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311.

Qualora il presidente della regione, nominato commissario ad acta per la redazione e l'attuazione del piano, non adempia in tutto o in parte all'obbligo di redazione del piano o agli obblighi, anche temporali, derivanti dal piano stesso, indipendentemente dalle ragioni dell'inadempimento il Consiglio dei ministri, in attuazione dell'articolo 120 della Costituzione, adotta tutti gli atti necessari ai fini della predisposizione del piano di rientro e della sua attuazione. Nei casi di riscontrata difficoltà in sede di verifica e monitoraggio nell'attuazione del piano, nei tempi o nella dimensione finanziaria ivi indicata, il Consiglio dei ministri, in attuazione dell'articolo 120 della Costituzione, sentita la regione interessata, nomina uno o più commissari ad acta di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria per l'adozione e l'attuazione degli atti indicati nel piano e non realizzati.

L'accertato verificarsi, in sede di verifica annuale, del mancato raggiungimento degli obiettivi del piano, con conseguente determinazione di un disavanzo sanitario, comporta, oltre all'applicazione delle altre misure previste l'incremento nelle misure fisse di 0,15 punti percentuali dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive e di 0,30 punti percentuali dell'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche rispetto al livello delle aliquote vigenti.

Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore legge attuativa della presente Intesa restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale. E' fatta salva la possibilità della regione di presentare un nuovo piano di rientro ai sensi della disciplina prevista dall'Intesa del 3 dicembre 2009. A seguito dell'approvazione del nuovo piano cessano i commissariamenti, secondo i tempi e le procedure, definite nel medesimo piano, per il passaggio dalla gestione straordinaria commissariale alla gestione ordinaria regionale.

Lo Stato nell'Intesa del 3 dicembre 2009 si è impegnato ad adottare misure legislative dirette a prevedere quanto segue:

- a) al fine di assicurare il conseguimento degli obiettivi dei piani di rientro dai disavanzi sanitari, sottoscritti ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, nella loro unitarietà, anche mediante il regolare svolgimento dei pagamenti dei debiti accertati in attuazione dei medesimi Piani, per un periodo di dodici mesi dalla data di entrata in vigore della legge attuativa della Intesa non possono essere intraprese o proseguite azioni esecutive nei confronti delle aziende sanitarie locali e ospedaliere delle regioni medesime e i pignoramenti eventualmente eseguiti non vincolano gli enti debitori ed i tesoreri, i quali possono disporre delle somme per le finalità istituzionali degli enti. I relativi debiti insoluti producono, nel suddetto periodo di dodici mesi, esclusivamente gli interessi legali di cui all'articolo 1284 del codice civile, fatti salvi gli accordi tra le parti che prevedano tassi di interesse inferiori;
- b) le Regioni interessate dai piani di rientro, d'intesa con il Governo, possono utilizzare, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, a copertura dei debiti sanitari, le risorse FAS relative ai programmi di interesse strategico regionale di cui alla delibera CIPE n. 1/2009, nel limite individuato nella delibera di presa d'atto dei singoli piani attuativi regionali da parte del CIPE;

c) limitatamente ai risultati d'esercizio 2009, nelle regioni per le quali si è verificato il mancato raggiungimento degli obiettivi programmati di risanamento e riequilibrio economico-finanziario contenuti nello specifico Piano di rientro dei disavanzi sanitari è consentito provvedere alla copertura del disavanzo sanitario mediante risorse di bilancio regionale a condizione che le relative misure di copertura, idonee e congrue, risultino essere state adottate entro il 31 dicembre 2009.

### **11. Piano nazionale della prevenzione**

In attuazione dell'Intesa Stato-Regioni del 20 marzo 2008 relativa al Piano nazionale della prevenzione, si è convenuto di pervenire entro il 30 giugno 2010 all'approvazione dell'Intesa del Piano Nazionale per la prevenzione per gli anni 2010- 2012, coerentemente con gli interventi previsti dal Piano vigente.

Le Regioni hanno convenuto di confermare per gli anni 2010- 2012, per la completa attuazione del Piano, come previsto dall'articolo 4 dell'Intesa del 23 marzo 2005, di destinare 200 milioni di euro, oltre alle risorse previste dagli accordi per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale.

### **12. Mobilità interregionale**

Per il conseguimento del livello di appropriatezza nella erogazione e nella organizzazione dei servizi di assistenza ospedaliera e specialistica, le Regioni individueranno entro tre mesi dalla approvazione della Intesa adeguati strumenti di governo della domanda tramite accordi tra Regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria al fine di:

- a) evitare fenomeni distorsivi indotti da differenze tariffarie e da differenti gradi di applicazione delle indicazioni di appropriatezza definite a livello nazionale;
- b) favorire collaborazioni interregionali per attività la cui scala ottimale di organizzazione possa risultare superiore all'ambito territoriale regionale;
- c) facilitare percorsi di qualificazione ed appropriatezza dell'attività per le Regioni interessate dai piani di rientro;
- d) individuare meccanismi di controllo dell'insorgere di eventuali comportamenti opportunistici di soggetti del sistema attraverso la definizione di tetti di attività condivisi funzionali al governo complessivo della domanda.

### **1.c Assetto istituzionale del Servizio sanitario regionale**

La necessità di procedere ad una valutazione sull'opportunità di un riassetto del sistema sanitario regionale deriva da molteplici fattori, in gran parte dovuti alla crescente complessità del sistema e all'evoluzione del quadro demografico, socioeconomico ed epidemiologico. Le esperienze di riassetto realizzate in altre regioni italiane, pur tenendo conto della varietà di estensione e approcci (aree vaste in Toscana e Veneto, quadranti in Piemonte, ASL uniche in Emilia Romagna, Marche, Puglia) denotano una tendenza a integrare competenze, responsabilità e funzioni in una visione più articolata della realtà dei servizi. Tale integrazione è infatti maggiormente idonea a far fronte alla complessità dei bisogni di salute della popolazione, rispetto all'attuale assetto in cui la parcellizzazione specialistica penalizza sia la qualità gestionale che la continuità dell'assistenza.

Uno dei maggiori limiti dell'attuale assistenza è costituito dal fatto che i nostri servizi sanitari sono idonei ad affrontare specifici problemi di salute con un taglio specialistico, peraltro spesso in modo eccellente, ma non sono sufficientemente funzionali alla gestione di percorsi assistenziali complessi e multispecialistici.

L'ottima qualità espressa in singoli atti diagnostici e terapeutici finisce per perdere la propria efficacia per la mancanza di presa in carico dell'intero percorso assistenziale di cui necessita il paziente.

Lo spezzettamento delle strutture e delle unità operative, il frequente isolamento di professionisti e tecnologie in una logica autarchica e isolazionistica non sono più conciliabili con il diffondersi di malattie croniche che esigono competenze e profili di cura multispecialistici e di vario livello disponibili per lunghi periodi di tempo.

Tutto quello che è confinato, non comunicante, monodisciplinare e avulso da un contesto di cure plasmato sui bisogni dei singoli pazienti va superato o comunque integrato in un diverso modello di assistenza.

In tale modello la rete integrata di servizi sanitari è la caratteristica principale, mentre la complessità e la variabilità dei bisogni della popolazione, nonché la necessaria limitazione delle strutture di alta specialità suggeriscono una concezione di rete assistenziale con confini anche amministrativi molto più ampi di quelli delle attuali ASL. Questo modello si adatta in modo particolare ad un'area metropolitana come il comune o la provincia di Roma.

La riorganizzazione e la ridefinizione dei territori, tuttavia, richiede attente analisi sull'impatto demografico, sociale organizzativo e funzionale.

Occorre in pratica che si producano analisi su:

- il miglior equilibrio producibile tra domanda e offerta di servizi sanitari e ottimizzazione funzionale;
- distribuzione geografica della popolazione, distribuzione geografica dei servizi sanitari, viabilità, considerati anche i piani di sviluppo comunali e provinciali e tenendo conto del rapporto popolazione residente/servizi sanitari;
- valutazione della compatibilità economica;
- programmazione di reti e collegamenti funzionali interaziendali;
- metodi di promozione dell'appropriatezza e di promozione dell'adozione condivisa di linee guida e percorsi assistenziali integrati (tra discipline e professioni, tra ospedale e territorio, tra livelli assistenziali);
- metodi per la riduzione di interventi duplicati e/o di bassa qualità;
- efficienza dei modelli ipotizzati e piani di economie di scala;
- sostenibilità, equità, accessibilità.

Nel Lazio è già in atto la trasformazione dell'assistenza attraverso la creazione di una sinergia tra reti dei servizi che superino i confini aziendali, talora alquanto ristretti e poco aderenti alla storia del territorio. Gli attuali confini aziendali, quando non coincidono con i territori delle province, raccolgono quelli dei municipi amministrativi, che a loro volta ricalcano quelli degli antichi collegi elettorali. Lo sviluppo di reti ospedaliere e/o dipartimentali (ospedaliere e territoriali) per migliorare l'accesso ai servizi e l'integrazione delle risorse disponibili si accompagna alla necessità di assicurare assistenza a livello locale il più convenientemente possibile per il cittadino. Ne consegue come solo il superamento dei confini aziendali attualmente esistenti possa permettere di programmare le reti e riorganizzare i servizi in questa direzione.

Ma, al di là delle reti, che agiscono indipendentemente dai confini amministrativi, sono mature le condizioni nel Lazio per avviare prospettive di riassetto e diverse ripartizioni di funzioni, più conformi alle esigenze di modernizzazione e di maggiore efficienza del SSR. Nel periodo di vigenza del presente Piano è necessario che l'Agenzia di Sanità Pubblica regionale coordini uno studio che esiti in una proposta per il riassetto sulla base dei punti sopra indicati.

Inoltre vanno attivati gli interventi disposti anche tramite il Decreto 12 del 2008 del Commissario ad Acta riguardanti l'attivazione della centralizzazione e la riorganizzazione delle funzioni amministrative, tecniche e di controllo delle aziende ed enti del Servizio sanitario regionale.

Lo studio dovrà prevedere anche linee organizzative per l'integrazione ospedale-territorio e per l'integrazione sociosanitaria. In particolare dovrà identificare le modalità organizzative migliori per la rilevazione dei bisogni locali, di programmazione, committenza, monitoraggio e valutazione, nonché le attività relative all'erogazione di servizi sanitari non ospedalieri. Particolare enfasi andrà posta sulla funzione di definizione dei bisogni di salute dei cittadini e sulla funzione di committenza nonché sulla funzione della ASL di garante della sanità pubblica.

Oltre ai cambiamenti organizzativi e amministrativi è opportuno rivolgere l'attenzione alla "tenuta" del sistema. Come già sottolineato in altre sezioni del Piano, i progressi delle tecnologie e delle conoscenze in termini di terapie e prevenzione, quali ad esempio le biotecnologie, associati al continuo incremento dei costi, già oggi suggeriscono che uno dei problemi principali del servizio sanitario è rappresentato dalla necessità di effettuare scelte in merito alla tipologia dei servizi da garantire e individuare gruppi di popolazione su cui prioritariamente intervenire.

Si ritiene quindi necessario che gli interventi dei sistemi sanitari siano rivolti prioritariamente a popolazioni con patologie in atto o a rischio di contrarre una malattia, contribuendo attivamente all'azione di governo dell'assistenza sanitaria svolta dal SSR. Maggiori dettagli su questo punto sono descritti nella Parte III – cap. 2.e.

## 2. Prevenzione e programmi di sanità pubblica

È difficile sostenere ancora l'efficacia di interventi di sanità pubblica parcellari e non controllati dal punto di vista metodologico, quali quelli espressi in larga maggioranza dalle strutture pubbliche in questi anni. Tali interventi si basano esclusivamente sull'iniziativa dei singoli operatori, generano differenze insostenibili di approcci e metodi, e sono fonte di disuguaglianze di trattamento per i cittadini. È indispensabile, quindi, uscire dall'improvvisazione che continua a caratterizzare gli interventi di promozione della salute ed è essenziale che gli operatori sanitari adottino modelli validati.

Per agevolare tale passaggio, è bene che gli interventi di sanità pubblica rivolti alla popolazione o a gruppi specifici siano governati in modo unitario e scientificamente autorevole affinché si determini uniformità di metodologie e venga assicurata la stretta connessione con il livello nazionale. È necessario quindi un forte coordinamento a livello regionale.

Questo non vuol dire che singole ASL o singoli distretti non possano implementare programmi per esigenze specifiche del loro territorio, ma si richiede che gli interventi considerati prioritari a livello regionale siano condotti con metodi validati, siano sufficientemente omogenei e siano necessariamente valutati.

Questo cambiamento si rende necessario prima di tutto per l'inaccettabilità dell'implementazione di programmi del tutto incontrollati e, in secondo luogo, in base alle acquisizioni scientifiche in tale campo che indicano la maggiore forza di programmi complessivi rivolti su più piani, con il cambiamento di più componenti e con elementi di rinforzo. È poco verosimile la costruzione di questo tipo di interventi in piccole aree che non si coordinano fra loro, soprattutto in una regione che comprende un vasto territorio metropolitano e in cui i Servizi deputati agli interventi non hanno storicamente grandi risorse a disposizione.

È dunque necessario che i piani prioritari di sanità pubblica nel Lazio siano coordinati centralmente, sottoposti a verifiche e implementati in modo uniforme quanto a strategie, metodi, strumenti, popolazione bersaglio e tempi.

La struttura idonea per il coordinamento dei programmi è l'Agenzia di Sanità Pubblica, che ne definirà le modalità e curerà lo svolgersi dei programmi in sintonia con il livello nazionale.

In base a tale assetto, l'Agenzia di Sanità Pubblica dovrà anche esercitare la funzione di interfaccia fra la Regione e il Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) del Ministero del Welfare, con la partecipazione del Dipartimento di Epidemiologia per le funzioni ad esso attribuite.

Inoltre, la letteratura scientifica ha dimostrato che negli interventi di promozione della salute qualunque combinazione di metodi è più efficace dei metodi usati singolarmente e che più numerose sono le componenti, più elevato è il guadagno in termini di copertura ed efficacia. È dunque evidente la necessità di affrontare il problema a tutti i livelli (individuale, organizzativo, istituzionale, di comunità, regionale, locale, nazionale, internazionale); occorre pertanto agire affinché i diversi livelli di intervento si svolgano in forma integrata.

È inoltre importante che le strutture di sanità pubblica comincino a prevedere l'impatto che avranno i progressi scientifici in campo genetico e che, attraverso l'aggiornamento e l'apertura di dibattiti e confronti, comincino a inquadrare i possibili sviluppi della cosiddetta medicina predittiva per non farsi trovare impreparati rispetto al progredire di applicazioni potenzialmente sconvolgenti.

## **2.a Modelli e piani di prevenzione e contrasto ai determinanti sociali e ambientali della salute**

Fra quanto rappresentato nella Parte I al cap. 3.d. sulle strategie per la prevenzione, si ribadisce qui l'importanza di politiche intersettoriali per lo sviluppo e l'attuazione di strategie preventive. Uno strumento per realizzare gli interventi che necessitano di diversi settori pubblici e privati è la costituzione di un tavolo coordinato dalla Direzione regionale Programmazione sanitaria, politiche della prevenzione e sicurezza sul lavoro cui partecipano, per le materie di rispettiva competenza qui di interesse, rappresentanti delle Direzioni regionali in tema di governo economico-finanziario del SSR, ambiente, politiche della casa e del territorio, infrastrutture e trasporti, istruzione e formazione professionale, università e ricerca, attività produttive, bilancio e programmazione economica, servizi sociali e tempo libero.

Il sistema sanitario ha il compito importante dell'advocacy su questi temi, ovvero esso deve esercitare un ruolo continuo di denuncia, controllo, pressione per la tutela della salute in tutti i contesti, anche quelli non sanitari. Il compito consiste, dunque, nel mettere con chiarezza sul tavolo delle decisioni le valutazioni che riguardano la salute.

Vengono rappresentate in questo capitolo le priorità per la prevenzione nella regione per il triennio.

Fra i determinanti sociali e ambientali, a parte le problematiche sulle disuguaglianze per le quali si veda l'apposita trattazione nella Parte I, si sono individuati fumo, alcol, sostanze stupefacenti, inquinamento urbano, ondate di calore, trattamento e smaltimento dei rifiuti, e l'inquinamento della Valle del Sacco, oltre a incidenti stradali, domestici e lavorativi, contenuti nei piani di prevenzione attiva. Questi ultimi ricomprendono in parte la lotta ad alcuni di questi fattori di rischio e riguardano le malattie cardiovascolari, l'obesità, il diabete, gli screening dei tumori e le vaccinazioni. Questi ultimi due argomenti hanno comunque una trattazione specifica nei successivi capitoli 2.b e 2.c. Le strategie per la lotta all'alimentazione errata, all'attività fisica inadeguata, al fumo e all'abuso di alcol vengono definite nel programma ministeriale "Guadagnare salute".

### **FUMO**

#### **Quadro di riferimento**

I dati più recenti indicano che la prevalenza di fumatori attivi in Italia è ancora molto elevata, nonostante la costante diminuzione della prevalenza dell'abitudine al fumo osservata negli ultimi 30 anni. Nel Lazio la percentuale di fumatori è pari al 25,2% della popolazione residente di età superiore ai 14 anni, superiore rispetto alla popolazione italiana della stessa fascia di età. L'età media di inizio dell'abitudine al fumo è di circa 18 anni. Le persone più svantaggiate dal punto di vista socioeconomico hanno un rischio elevato di iniziare a fumare durante l'adolescenza e di diventare tabaccodipendenti; presentano, inoltre, tassi più bassi di cessazione del fumo.

#### **Problemi**

Il fumo attivo è la principale singola causa prevenibile di morbosità e mortalità nel Lazio, come in Italia e come in tutto il mondo occidentale. Il fumo di tabacco è il principale fattore eziologico nella patogenesi di almeno otto neoplasie (in primo luogo il cancro del polmone) e di diverse altre malattie non neoplastiche (broncopneumopatia cronica ostruttiva e malattie cardiovascolari).



Il fumo è dannoso ad ogni età; tuttavia prima un ragazzo/a comincia a fumare, più è probabile che continui a fumare in età adulta e che muoia prematuramente. Nel Lazio, le morti premature dovute al fumo sono più di 10.000 all'anno (di cui 2.700 decessi per tumore polmonare, 1.200 decessi per bronchite cronica e 3.000 decessi per malattia ischemica). Il carico di ricoveri ospedalieri dovuti a patologie attribuibili al fumo è pari a circa 58.000 ricoveri all'anno.

L'esposizione a fumo passivo è corresponsabile di una quota considerevole della patologia respiratoria dell'infanzia ed è causa di un aumento del rischio di tumore polmonare e di infarto del miocardio tra gli adulti. L'esposizione a fumo passivo delle donne in gravidanza causa basso peso alla nascita e può indurre la morte improvvisa nel neonato.

## Risposte

Il contrasto a questo fattore di rischio è complesso e deve prevedere strategie combinate. Anche interventi normativi possono avere un peso. Uno studio condotto in quattro regioni italiane ha evidenziato una riduzione del numero di ricoveri per infarto del miocardio nel periodo successivo all'entrata in vigore della L. 16 gennaio 2003, n. 3, relativa al fumo nei locali pubblici. Inoltre l'indagine multiscopo dell'ISTAT ha rilevato come, dopo l'entrata in vigore della legge, a fronte di un calo non significativo dei fumatori tra gli uomini, la percentuale delle donne fumatrici sia scesa dell'1,6% e sia aumentata la proporzione delle persone che ha tentato di smettere di fumare. Un recente studio condotto nella città di Roma ha evidenziato un guadagno considerevole in salute, grazie ad una rilevante diminuzione degli eventi coronarici acuti dopo l'entrata in vigore della legge di divieto nei locali pubblici.

La cessazione dell'abitudine al fumo rappresenta la strategia più efficace per ridurre la mortalità associata al fumo a medio termine. La letteratura scientifica segnala evidenza di efficacia di diversi interventi farmacologici: terapia sostitutiva con nicotina, terapia con antidepressivi (bupropione, nortriptilina, vareniclina); e di tipo non farmacologico: *counselling* individuale, terapia di gruppo. Esistono evidenze anche sul fatto che i programmi integrati (farmaco e terapia di gruppo o *counselling*) sono quelli che ottengono tassi di successo più elevati. È stato recentemente stimato che negli Stati Uniti il 40% del decremento del tasso di mortalità per tumore polmonare negli ultimi 50 anni sia attribuibile alla riduzione dell'abitudine al fumo.

Gli interventi di prevenzione che vanno organizzati dai servizi preposti devono riguardare:

- prevenzione dell'abitudine al fumo di sigaretta tramite interventi di educazione alla salute indirizzati alla popolazione adolescente (scuola media inferiore e primi anni della scuola media superiore);
- disassuefazione dal fumo di sigaretta attraverso:
  - il rinforzo dell'azione dei medici di medicina generale;
  - potenziamento dei programmi di cessazione dell'abitudine al fumo (promozione degli interventi di cessazione dell'abitudine al fumo negli ospedali, nelle scuole e nei luoghi di lavoro; inclusione degli interventi di cessazione come prestazione nei LEA);
- attuazione di un maggior controllo in tutti i luoghi pubblici, e in particolare nei luoghi di lavoro, per la verifica della completa applicazione delle norme nazionali e regionali contro il fumo e per la protezione dal fumo passivo;
- promozione nei luoghi di lavoro dell'informazione sulle terapie efficaci per la cessazione dell'abitudine al fumo e l'attività dei centri antifumo.

## ALCOL

### Quadro di riferimento

Secondo i dati forniti dall'ISTAT, la diffusione del consumo di alcol nell'anno mostra, tra il 1998 e il 2005, un trend sostanzialmente stabile (circa il 70% tra le persone di almeno 14 anni riferisce il consumo di alcol nel corso dell'anno), e incrementi significativi tra i giovani, in particolare tra le donne. Il 31% delle persone di 11 anni e più consuma alcol tutti i giorni con elevate differenze di genere: il 45,2% degli uomini contro il 17,8% delle donne; il consumo giornaliero è inoltre più diffuso tra persone con la licenza elementare (33,7%). Il consumo di alcol fuori pasto, episodi di ubriacatura e consumo di alcol in età precoce rappresentano comportamenti a rischio per la salute e tali comportamenti presentano un trend in aumento. Il 31% dei ragazzi di età compresa tra i 15 e i 19 anni riferisce di aver abusato di alcol nei precedenti 30 giorni. Il fenomeno della diffusione dell'abuso giovanile è ben rappresentato anche dalla percentuale di giovani alcolodipendenti in carico presso i servizi sociosanitari per l'alcoldipendenza, che continua ad aumentare nel tempo rispetto al totale dell'utenza (gli utenti di età 20-29 anni passano dal 10,7% del 1998 al 14% del 2004). Nel Lazio il 28,4% della popolazione di 11 anni e più consuma alcol quotidianamente (in Italia il 31%).

### Problemi

L'abuso di alcol è correlato a diverse patologie: cirrosi epatica e altri danni epatici, neoplasie delle alte vie respiratorie e digerenti, ipertensione arteriosa, sindrome di dipendenza dell'alcol e traumatismi involontari (stradali, sul lavoro e domestici). In Italia il tasso di ospedalizzazione per diagnosi attribuibili all'alcol è pari a 167,9/100.000 residenti. Attualmente il numero annuale dei decessi per cause alcolcorrelate è stimato in un intervallo compreso tra 17.000 e 42.000. Le diverse stime si basano su indicatori di danno sia diretto, correlato ad abuso cronico (psicosi alcolica, cirrosi epatica, alcuni tumori ecc.), sia indiretto e correlato anche a consumi relativamente limitati (incidenti stradali, sul lavoro, domestici ecc.). Il tasso di mortalità per abuso cronico è stato calcolato in Italia pari a 13,64 per 100.000 abitanti nel 2001, evidenziando una tendenza alla diminuzione ormai in atto da molti anni. Tra gli indicatori di danno indiretto va segnalata la mortalità per incidente stradale, che in Italia è stata stimata come correlata all'uso di alcol alla guida per una quota compresa tra il 30% e il 50% del totale della mortalità per questa causa.

Nel Lazio i tassi di ospedalizzazione per diagnosi attribuibili all'alcol sono pari a 143/100.000 residenti e appaiono in lieve aumento.

### Risposte

Esistono prove di efficacia, seppure limitate, relativamente all'uso di alcuni farmaci e del *counselling*. Nonostante la larga diffusione dei programmi "Alcolisti anonimi" e dei "12 passi", nessuno studio sperimentale dimostra inequivocabilmente la loro efficacia nel ridurre la dipendenza da alcol e i problemi ad essa correlati.

Per far fronte ai problemi derivanti da questo fenomeno occorre:

- promuovere interventi di educazione alla salute indirizzati alla popolazione adolescente (scuola media inferiore e primi anni della scuola media superiore), utilizzando programmi di provata efficacia;
- promuovere l'offerta di interventi di provata efficacia per il trattamento dell'abuso/dipendenza da alcol.

## **SOSTANZE STUPEFACENTI**

### **Quadro di riferimento**

Un'indagine svolta nel 2005 ha stimato che in Italia i consumatori problematici di sostanze stupefacenti erano circa 10 persone ogni 1.000 residenti tra i 15 e i 54 anni di età (circa 300.000 persone) e avevano caratteristiche di uso di droghe da rendere opportuno un trattamento terapeutico specialistico. Più della metà di questi soggetti sono stati in carico presso i SerT per un trattamento nel corso del 2005.

Da uno studio campionario condotto annualmente sugli studenti di età compresa tra i 15 e i 19 anni, nel 2005 risulta che il 24% dei ragazzi ha fatto uso di cannabis negli ultimi 12 mesi e il 15% negli ultimi 30 giorni; il 3,5% riferisce l'uso di cocaina negli ultimi 30 giorni e lo 0,24% il consumo giornaliero. Per quanto riguarda l'eroina il 2,5% ha provato la sostanza almeno una volta nella vita, l'1,6% ne ha fatto uso negli ultimi 12 mesi e lo 0,8% nell'ultimo mese. L'uso giornaliero della sostanza è riferito invece dallo 0,15% dei ragazzi.

Nel Lazio è stato stimato nel 2002 un numero di consumatori problematici di sostanze (15-54 anni) compreso tra 30.000 e 43.500 (da 10/1.000 a 14,5/1.000 abitanti). Nel 2005 le persone che si sono rivolte ai servizi di assistenza sono state 14.581, di cui il 75,1% per problemi legati all'uso problematico di eroina, il 14,1% di cocaina e il 6,9% di cannabinoidi. Tra i nuovi utenti la percentuale di eroinomani scende al 48,6%, mentre è pari al 27,4% la percentuale di nuovi utenti in carico ai servizi per dipendenza da cocaina e al 16,7% quella trattata dai servizi per problemi connessi all'uso di cannabis.

### **Problemi**

I tossicodipendenti da eroina presentano un notevole eccesso di mortalità, per tutte le cause e molte cause specifiche di morte, rispetto alla popolazione generale dello stesso sesso ed età (da 10 a 30 volte); molti studi hanno evidenziato il maggiore impatto in termini di mortalità dell'uso di eroina sulle donne. Le principali cause di morte sono overdose, AIDS, cause violente, cirrosi, malattie dell'apparato respiratorio e cardiocircolatorio. Fino alla fine degli anni '90 i tassi di mortalità per tutte le cause variavano tra 20/1.000 e 30/1.000, negli anni più recenti si è assistito ad una diminuzione della mortalità soprattutto per AIDS e per overdose, ma l'eccesso di mortalità è comunque ancora molto elevato. In particolare è documentato da dati nazionali e internazionali un importante eccesso di mortalità per overdose all'uscita dai trattamenti e dal carcere.

Il consumo di cocaina è associato a cardiovasculopatie acute e croniche, inclusi infarto del miocardio, ischemia miocardica, aritmia, ipertensione maligna, endocardite.

### **Risposte**

Per quanto riguarda le evidenze scientifiche sui metodi per la disassuefazione da eroina, il trattamento di mantenimento con metadone è il più efficace nel ritenere le persone in trattamento e nel ridurre l'uso di eroina; l'efficacia del metadone è dose-dipendente: dosaggi alti sono associati con una migliore ritenzione in trattamento e con un minor uso di eroina. L'associazione di un qualsiasi trattamento psicosociale al mantenimento aumenta l'efficacia del trattamento farmacologico. Vi è una carenza di studi sull'efficacia dei trattamenti in comunità terapeutica, pertanto mancano ancora evidenze scientifiche tali per poter trarre conclusioni. I trattamenti di disintossicazione, sebbene efficaci per la gestione

della sindrome astinenziale, presentano alti tassi di ricaduta (range 72%-96%) e possono aumentare il rischio di morte per overdose.

Per il trattamento della dipendenza da cocaina non esistono prove di efficacia per nessuno dei farmaci studiati (agonisti della dopamina, antidepressivi, carbamazepina, antipsicotici). Tutti gli interventi psicosociali studiati si dimostrano efficaci nel ridurre l'uso.

I trattamenti previsti per l'abuso/dipendenza di cannabinoidi sono principalmente interventi psicoterapeutici, non vi sono evidenze che orientino la scelta tra le differenti modalità terapeutiche. In ogni caso, i bassi tassi relativi all'astinenza evidenziano che la dipendenza da cannabinoidi non è facilmente trattabile con interventi psicoterapeutici in setting ambulatoriali.

Per quanto riguarda gli interventi terapeutici occorre dunque che i servizi del SSR garantiscano l'offerta dei trattamenti di provata efficacia. In modo particolare per la dipendenza da oppiacei, poiché numerose e consolidate sono le evidenze disponibili, è necessario che le pratiche terapeutiche si orientino verso interventi *evidence based*.

Per quello che riguarda la prevenzione, gli interventi riguardano soprattutto le fasce di età giovanili. Gli interventi di prevenzione nella scuola non sempre hanno dato i risultati sperati, in particolare in questo ambito è opportuno conformarsi alle raccomandazioni contenute nel paragrafo sugli interventi di prevenzione nella scuola di questo capitolo. È fortemente raccomandabile l'uso di modelli mirati allo sviluppo di capacità interpersonali e individuali, mentre gli interventi basati sulla semplice informazione dei rischi non sembrano avere effetti positivi.

## **FATTORI DI RISCHIO AMBIENTALE**

### **Quadro di riferimento**

Numerosi sono gli agenti, le sostanze e i fattori di natura chimica, fisica o biologica responsabili della contaminazione dell'ambiente per i quali studi epidemiologici e/o tossicologici sono stati in grado di stabilire un nesso di causa-effetto con danni sulla salute. Nella regione Lazio i fattori di rischio ambientale che hanno un'elevata diffusione e rappresentano un rilevante problema di salute pubblica sono principalmente: l'inquinamento atmosferico e le ondate di calore a Roma e nelle principali aree urbane, il trattamento e lo smaltimento dei rifiuti, l'inquinamento atmosferico legato agli insediamenti industriali, i prodotti chimici fertilizzanti e antiparassitari utilizzati in agricoltura, la radioattività di origine naturale nelle province di Roma e Viterbo, l'inquinamento delle acque, l'esposizione ad amianto in ambito lavorativo ed extralavorativo, l'esposizione a campi elettromagnetici e la contaminazione ambientale della Valle del Sacco. Molti di questi determinanti di rischio ambientale sono affrontati nel Programma di epidemiologia ambientale della Regione Lazio, D.G.R. n. 93 del 20 febbraio 2007.

Il presente Piano intende porre l'accento su quattro aspetti, che per la loro diffusione e per le difficoltà delle soluzioni meritano attenzione specifica: l'inquinamento atmosferico, le ondate di calore, lo smaltimento dei rifiuti e la contaminazione della Valle del Sacco.

## **L'INQUINAMENTO ATMOSFERICO URBANO**

### **Problemi**

L'inquinamento atmosferico urbano rappresenta uno dei problemi più rilevanti sia dal punto di vista ambientale che sanitario. A Roma la fonte antropica principale è costituita dal traffico veicolare che produce una miscela complessa di

sostanze tossiche, SO<sub>2</sub>, NO<sub>x</sub>, CO, O<sub>3</sub>, polveri, sostanze organiche volatili, idrocarburi policiclici aromatici, metalli. Tra questi un ruolo sempre più rilevante viene attribuito alle polveri sospese (PM<sub>10</sub>), specie alla frazione fine (PM<sub>2,5</sub>) e ultrafine (al di sotto di 1 micron), capaci di penetrare nel polmone profondo, provocare processi infiammatori e liberare mediatori chimici che causano alterazioni cardiache e circolatorie. Particolare rilevanza sanitaria hanno gli idrocarburi policiclici aromatici (IPA) e i metalli (Piombo, Cadmio, Nichel, Arsenico, Vanadio, Cromo), in considerazione della loro tossicità e, per alcuni di essi, dell'accertata o probabile cancerogenicità. Gli effetti dell'inquinamento atmosferico di breve termine tra i residenti a Roma sono ben documentati: una metanalisi italiana condotta in 15 città (tra cui Roma) ha evidenziato un aumento della mortalità giornaliera per tutte le cause e della mortalità e dei ricoveri per malattie cardiache e respiratorie associati a incrementi della concentrazione di NO<sub>2</sub>, PM<sub>10</sub> e CO. Inoltre la concentrazione di PM<sub>10</sub>, CO e polveri ultrafini è risultata associata in modo significativo con la morte cardiaca extraospedaliera, soprattutto negli anziani.

Gli effetti di tipo cronico causati da un'esposizione di lungo periodo sono alcuni sintomi respiratori cronici, la diminuzione della capacità polmonare, la bronchite cronica, il tumore polmonare, nonché un aumentato rischio di morte per cause cardiovascolari, respiratorie e per cancro polmonare. Uno studio condotto a Roma ha evidenziato un aumento della mortalità cardiovascolare nelle zone più inquinate.

Nel corso degli anni '90 la riduzione delle emissioni inquinanti associate all'introduzione di nuove tecnologie motoristiche e alla qualità dei carburanti ha determinato a Roma una progressiva riduzione dei principali inquinanti atmosferici (SO<sub>2</sub>, NO<sub>2</sub>, Pb, CO, COV, incluso il benzene). Rimane rilevante la concentrazione di PM<sub>10</sub> per il quale si osservano superamenti dei valori limite.

### **Risposte**

Il SSR ha il compito di documentare l'impatto sulla salute delle strategie adottate per la riduzione dell'inquinamento, predisponendo sistemi di valutazione sul lungo periodo dell'efficacia degli interventi realizzati.

Gli interventi strategici, nell'ambito delle normative nazionali e comunitarie, devono mirare all'adozione di politiche per il contenimento delle emissioni con misure che favoriscano il potenziamento del trasporto pubblico, in particolare quello a energia pulita, scoraggiando la diffusione dell'uso privato dell'automobile, e favorendo il trasporto merci per ferrovia e per nave. Ciò può avvenire solo con il coinvolgimento di autorità locali, industria, associazioni di consumatori, organismi di controllo, mezzi di informazione e cittadini, esattamente nella logica di intervento intersettoriale che il presente Piano individua come una delle strategie fondamentali per il miglioramento della salute dei cittadini. È chiaro che, in considerazione dei lunghi tempi di latenza tra esposizione e insorgenza di patologie, quali ad esempio quelle tumorali, se non si adotteranno rapidamente politiche di controllo ci sarà un impatto sulla salute nei prossimi decenni con un conseguente aggravio dei costi sanitari ed economici per gli individui e la società nel suo complesso.

## **LE ONDATE DI CALORE**

### **Problemi**

Tra i fattori di rischio ambientali emergenti, l'Organizzazione mondiale della sanità ha recentemente evidenziato che gli effetti delle variazioni del clima sulla salute, in particolare quelli legati all'aumento progressivo della temperatura del

pianeta, sono uno tra i problemi più rilevanti di Sanità pubblica. L'aumento del livello di gas serra nell'atmosfera è una delle possibili spiegazioni dell'innalzamento della temperatura media terrestre registrato nel corso dell'ultimo secolo; di fatto, lo scenario climatico mondiale sta cambiando e, secondo alcune stime, nei climi temperati un aumento di soli 2-3 °C nelle temperature medie estive raddoppierà l'incidenza di periodi caratterizzati da temperature estreme elevate, denominate ondate di calore, determinando effetti sia a breve che a lungo termine. Gli studi hanno evidenziato che le alte temperature estive hanno un impatto significativo sulla salute della popolazione residente nelle aree urbane, in particolare sono stati evidenziati effetti a breve termine sulla mortalità della popolazione anziana. Gli studi effettuati tra i residenti a Roma hanno evidenziato che in questa popolazione l'aumento dei decessi si verifica principalmente per cause respiratorie e cardiovascolari, ma anche per cause che non hanno una diretta relazione con la temperatura, in persone debilitate, vulnerabili, le cui condizioni di salute subiscono un rapido peggioramento a causa di improvvisi aumenti di temperatura. Durante le ondate di calore l'incremento della mortalità a Roma va dal 27% al 45% tra la popolazione con oltre 65 anni, a seconda della durata e dell'intensità delle ondate. Le condizioni che aumentano la suscettibilità agli effetti della temperatura sono l'età avanzata, la presenza di alcune malattie croniche, vivere in condizioni di isolamento sociale, essere residenti in aree di basso livello socioeconomico.

### **Risposte**

Seppure i dati di letteratura non forniscano evidenze di efficacia degli interventi di prevenzione, è stato osservato come l'effetto delle ondate di calore sulla popolazione mostri variazioni temporali. Tali variazioni sono attribuibili non solo al variare dei livelli di esposizione ma anche a processi di adattamento della popolazione, all'attivazione di interventi di prevenzione, alla diffusione dell'uso di aria condizionata e di cambiamenti delle caratteristiche socio-demografiche che influenzano la suscettibilità della popolazione.

La definizione di interventi efficaci per la prevenzione degli effetti sulla salute legati alle variazioni climatiche rappresenta oggi una priorità in ambito sociale e di sanità pubblica. Le ondate di calore e le loro conseguenze sulla salute possono essere previste in anticipo attraverso la definizione di sistemi di allarme per il caldo. Tali sistemi, integrati con specifiche misure di prevenzione mirate ai gruppi più vulnerabili, possono ridurre gli effetti delle ondate di calore sulla salute della popolazione, coniugando equità ed efficacia.

Oltre alle iniziative nazionali della Protezione civile e del CCM, coordinati nel Lazio dal Dipartimento di Epidemiologia della ASL RME, la Regione Lazio ha promosso a livello regionale un piano operativo per la prevenzione degli effetti delle ondate di calore sulla salute basato sul sistema di allarme HHWWS (*Heat Health Watch Warning System*) della città di Roma, sull'identificazione della popolazione anziana suscettibile e sulla sorveglianza attiva dei pazienti a rischio da parte dei medici di medicina generale. Il dettaglio degli interventi è contenuto nel "Piano operativo regionale di intervento per la prevenzione degli effetti sulla salute delle ondate di calore" a cui si rimanda. Il Piano operativo regionale coinvolge le ASL del Lazio (Direzioni sanitarie, Distretti sanitari), i medici di medicina generale, il Comune di Roma (Assessorato ai Servizi sociali), la Protezione civile locale e le associazioni di volontariato e ha lo scopo di informare sugli interventi che dovranno essere attivati in condizioni di rischio da ondata da calore.

## TRATTAMENTO E SMALTIMENTO DEI RIFIUTI

### Problemi

La vicenda dei rifiuti in Campania, le proroghe allo smaltimento dei rifiuti nella discarica di Malagrotta di Roma, il dibattito sui contributi economici per gli impianti di incenerimento con recupero energetico, le polemiche sui nuovi impianti di incenerimento in Sicilia, in Emilia Romagna e in Campania hanno posto all'ordine del giorno in Italia il tema dei rifiuti, della loro produzione, del loro smaltimento, e dei possibili effetti sulla salute dei cittadini. Le ragioni della controversia sono comprensibili. La gestione di rifiuti è un processo complesso, dalla formazione alla raccolta, trasporto, trasformazione e smaltimento. Sono interessate popolazioni diverse e migliaia di lavoratori, i prodotti chimici che si generano durante lo smaltimento possono contaminare l'ambiente e molte sostanze sono tossiche per l'uomo. Gli interessi economici sono grandi e spesso di natura contrapposta, e i risultati degli studi epidemiologici sono spesso utilizzati in modo strumentale. D'altra parte gli impianti di trattamento dei rifiuti sono localizzati in un contesto geografico e ambientale complesso, in prossimità di centri urbani e industriali, e ciò rende difficile la valutazione del reale contributo di questi impianti al cambiamento della qualità dell'aria (aspetti chimici e fisici) e di conseguenza dei possibili effetti sulla popolazione potenzialmente interessata (lavoratori e residenti). Non sono tuttavia ancora adeguate le evidenze relative agli effetti sulla salute degli impianti di trattamento dei rifiuti, così come non sono ancora esaustive le informazioni relative a qualità e quantità delle sostanze emesse, per tecnologia utilizzata e tipologia dei rifiuti trattati. È molto forte l'interesse dell'opinione pubblica sulle tematiche relative ai rifiuti ed è alto il livello di apprensione (percezione del rischio) nella popolazione, per cui grande attenzione deve essere posta alla tematica della comunicazione.

### Risposta

La Regione Lazio si è dotata di un programma specifico "Valutazione epidemiologica dello stato di salute della popolazione esposta a processi di raccolta, trasformazione e smaltimento dei rifiuti urbani nella regione Lazio", coordinato dal Dipartimento di Epidemiologia della ASL RME, con il compito di fornire agli esperti, amministratori e al pubblico informazioni aggiornate e tecnicamente corrette sulle implicazioni per la salute conseguenti ai processi di raccolta, trasformazione e smaltimento di rifiuti nel Lazio.

Sono avviate attività volte a:

- sistematizzare le conoscenze esistenti sul tema;
- uniformare le metodologie di monitoraggio ambientale degli impianti di trattamento dei rifiuti;
- acquisire conoscenze sistematiche relative alle caratteristiche qualitative e quantitative degli inquinanti emessi dagli impianti e presenti nell'ambiente;
- valutare i possibili effetti sanitari dei processi tecnologici di raccolta, trattamento e smaltimento;
- integrare conoscenze ambientali e conoscenze epidemiologiche e sanitarie;
- valutare lo stato di salute della popolazione e la qualità dell'aria nelle aree interessate da futuri impianti;
- curare gli aspetti dell'informazione e comunicazione partecipata ai cittadini delle informazioni disponibili sulle emissioni di sostanze potenzialmente tossiche e sugli eventuali rischi ambientali e sanitari ad esse connessi.

## **INQUINAMENTO DELLA VALLE DEL SACCO**

### **Problemi**

Nel marzo 2005 è stato riconosciuto lo stato di emergenza per la valle del fiume Sacco in seguito all'analisi di alcuni campioni di latte crudo di un'azienda agricola, in cui sono stati trovati livelli di beta-esaclorocicloesano (beta-HCH) molte volte superiore ai livelli previsti dalla legge. In seguito si è accertato che l'inquinamento era esteso ad una vasta area lungo il fiume Sacco a seguito dello smaltimento non controllato dei prodotti di lavorazione dell'industria chimica locale che ha raggiunto nel corso degli anni il fiume. Attraverso le periodiche esondazioni del fiume e l'uso dell'acqua per irrigazione, la sostanza chimica ha raggiunto e contaminato anche il suolo e quindi le coltivazioni agricole e di conseguenza il foraggio degli animali e gli animali stessi. Il beta-esaclorocicloesano è una sostanza chimica organo-clorurata, un sottoprodotto della produzione del lindano, che veniva prodotto dall'industria chimica SNIA-BPD con sede a Colferro e la cui produzione è stata vietata dal 2001. Questa sostanza tossica in alcuni casi si accumula nell'organismo delle persone. La contaminazione dell'uomo avviene principalmente attraverso l'assunzione di acqua e di cibo contaminato. È probabile che il consumo di prodotti alimentari della zona inquinata abbia provocato il passaggio della sostanza all'uomo.

Il Dipartimento di Epidemiologia della ASL RME ha reso noti i risultati del progetto "Salute della popolazione nell'area della Valle del Sacco": le analisi di biomonitoraggio sono state condotte su un campione di popolazione residente ad un km dal fiume Sacco e in altre aree potenzialmente interessate per accertare la contaminazione da beta-HCH e da altre sostanze potenzialmente causata dagli insediamenti industriali esistenti nella Valle del Sacco. I risultati hanno mostrato che circa il 50% delle persone residenti entro 1 km dal fiume ha livelli nel sangue di questa sostanza superiori ai valori di riferimento dell'area. È chiaro come la contaminazione sia avvenuta nel corso degli anni: presentano valori più elevati le persone adulte e anziane (di età superiore ai 45 anni). La contaminazione è avvenuta solo in chi ha abitato in prossimità del fiume e ha fatto uso di prodotti alimentari locali. I dati scientifici dicono che si tratta di una sostanza tossica che rimane nell'organismo per diverso tempo perché si accumula nei tessuti grassi. Questa sostanza tossica può avere degli effetti negativi sulla salute, anche se i dati scientifici sono molto incerti. In particolare potrebbe provocare un aumento della probabilità di disturbi del fegato, del rene, del cuore, del sistema immunitario, del sistema neurologico, della tiroide e di altre ghiandole. Anche lo sviluppo di alcuni tipi di tumore potrebbe essere legato all'esposizione al beta-HCH, ma le conoscenze su questo argomento sono ancora molto limitate.

### **Risposte**

La Regione Lazio ha approvato un programma di sorveglianza sanitaria che prevede il monitoraggio biologico periodico della concentrazione di beta-HCH nel sangue e controlli periodici di salute dei residenti in prossimità del fiume Sacco. Viene previsto un controllo di carattere clinico e strumentale ogni due anni della popolazione residente con determinazioni relative ai parametri funzionali di diversi organi e apparati. Sono oggetto del programma di sorveglianza tutte le persone residenti al 1 gennaio 2005 ad una distanza di un km del fiume Sacco nei comuni di Colferro, Segni, Gavignano (provincia di Roma) e Anagni, Sgurgola e Morolo (provincia di Frosinone). Il monitoraggio biologico per la ricerca del beta-esaclorocicloesano sulla popolazione residente viene esteso ad un campione di popolazione dei comuni fino alla confluenza del fiume Sacco con il fiume Liri. Sulla base di tali verifiche, verrà chiesta l'estensione del programma di sorveglianza sanitaria anche a questa popolazione. Tali programmi di sorveglianza sono coordinati dal Dipartimento di Epidemiologia della ASL RME in collaborazione con le ASL RMG e Frosinone.



## **SALUTE E LAVORO**

### **Quadro di riferimento**

La promozione della salute nei luoghi di lavoro, così come a livello comunitario e nazionale si è sviluppata attraverso normative e documenti di indirizzo, rappresenta l'investimento principale per realizzare una "gestione" della sicurezza che, con la partecipazione attiva dei lavoratori e dei loro rappresentanti e una formazione adeguata, sia in grado di contribuire all'eliminazione/controllo dei fattori di rischio.

Il miglioramento dell'ambiente di lavoro, dell'organizzazione e dei cicli produttivi deve essere perseguito attraverso strategie che favoriscano: la comunicazione di esperienze e informazioni sul lavoro e le sue conseguenze sulla salute e sulle modalità di prevenzione; lo sviluppo e il rafforzamento della capacità dei lavoratori e delle imprese di essere non solo beneficiari delle misure di prevenzione e protezione, ma essi stessi protagonisti attivi della tutela della propria salute. Tale miglioramento, poi, rappresenta un chiaro impegno sul versante del più articolato concetto di "responsabilità sociale" delle imprese.

Operativamente devono essere messe in atto strategie che portino alla costituzione di reti locali di promozione della salute, che si sviluppano e operano in coerenza con programmi nazionali. Tali strategie devono realizzare momenti di coordinamento e di indirizzo rivolti, per quanto attiene al SSR, alle strutture dei Dipartimenti di Prevenzione, insieme al pieno coinvolgimento degli altri soggetti del sistema di prevenzione (a partire dai datori di lavoro e dai lavoratori). Deve inoltre essere assicurato un adeguato aggiornamento professionale degli operatori sulle specifiche tematiche, avvalendosi anche del contributo di quanto, a livello di materiale scientifico ed esperienze realizzate, è messo a disposizione da Enti e soggetti istituzionali.

Il PSR 2010-2012 ha lo scopo di fornire le linee di indirizzo per la realizzazione delle attività di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, da promuovere principalmente nei Dipartimenti di Prevenzione. È utile ricordare che tali indirizzi rispondono alle indicazioni contenute nel "Patto per la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" del 27 giugno 2007 nel quale si ribadisce l'importanza del sistema informativo per il monitoraggio dell'attività dei servizi, del coordinamento tra enti di controllo, del potenziamento degli interventi nei comparti a maggior rischio e del coinvolgimento di tutti i soggetti sociali.

Oltre al Patto per la salute, il quadro di riferimento per un'adeguata programmazione dell'attività dei servizi dovrà essere:

- il Piano nazionale edilizia che prevede un programma di interventi di vigilanza integrata per contrastare e prevenire le modalità di infortunio più frequenti (cadute dall'alto, seppellimento, folgorazione);
- il Piano nazionale agricoltura;
- il D.Lgs 81/2008 con l'auspicato Sistema informativo nazionale per la prevenzione (SINP).

I dati ISTAT sul numero di occupati nel Lazio negli anni 2000-2007 per settore di attività economica mostrano un aumento (+34%) nei tre settori di attività economica. La crescita occupazionale è confermata dal tasso di occupazione, anch'esso in crescita, che nel 2006 era pari al 59,3%, rispetto al 58,5% registrato in Italia. Tale andamento, soprattutto nel comune di Roma, risulta influenzato dall'aumento della popolazione con contratti di lavoro "atipici", che nel Lazio supera la media nazionale. Analizzando i settori di attività economica, quelli in cui la crescita dell'occupazione è più

evidente sono le costruzioni (+60%) e i servizi (+38%), seguono l'industria in toto (+24%) e l'agricoltura (+6%). Complessivamente la gran parte dell'occupazione del Lazio spetta ai servizi, infatti nel 2007 in questo settore sono risultati occupati quasi l'80% dei lavoratori (il 64% dei maschi e quasi il 90% delle femmine).

Nel periodo 2000-2006, il numero medio annuo di infortuni denunciati all'INAIL occorsi nella regione è stato pari a 64.263 e quello di infortuni occorsi fuori regione pari a 21.362. Le denunce di infortuni prodotti in regione sembrano in lieve aumento nel periodo considerato (+3%). Per quanto riguarda gli infortuni prodotti fuori regione, l'andamento è valutabile solo a partire dal 2002 e sembrerebbe stabile.

Tra gli infortuni denunciati avvenuti in regione, una percentuale importante (22,6% nel 2006) è rappresentata da quelli in itinere e riferiti ad alcune categorie professionali (sportivi professionisti, apprendisti, studenti, addetti ai servizi domestici, iscritti a polizze speciali).

Sono invece aumentate negli anni le denunce di infortuni mortali (78 nel 2000 e 133 nel 2006) e l'aumento ha coinvolto sia i cittadini nati in Italia che, in maniera maggiore, i cittadini nati in Paesi a forte pressione migratoria (PFPM).

### **Problema**

Gli infortuni sul lavoro costituiscono un rilevante problema sanitario e sociale con elevati costi umani ed economici. La possibilità di incidere positivamente sul fenomeno è legata al complesso degli interventi di prevenzione attuabili, che riguardano sia il miglioramento dei livelli di conoscenza e delle capacità di analisi degli eventi, sia l'incremento delle iniziative di informazione, formazione e assistenza verso tutte le figure del sistema di prevenzione, sia il potenziamento delle azioni di controllo e la vigilanza sulle unità produttive.

### **Risposte**

In accordo con il patto per la salute e la sicurezza sul lavoro e con le indicazioni del D.Lgs 81/2008, devono essere realizzati i seguenti obiettivi:

1. promuovere, con il contributo dell'Osservatorio regionale sulla sicurezza e prevenzione nei luoghi di lavoro, il sistema informativo regionale per la prevenzione:
  - a. produzione del report regionale e di report aziendali sugli infortuni;
  - b. attivazione del sistema di monitoraggio degli infortuni nelle singole ASL;
  - c. partecipazione delle singole ASL al monitoraggio nazionale degli infortuni gravi e mortali con il metodo "Sbagliando s'impara" e sviluppare modalità rapide di notifica a livello regionale;
  - d. informatizzare e rendere disponibile il flusso informativo delle denunce di infortunio presso i PS del Lazio;
2. incrementare le iniziative di assistenza in particolare alle piccole imprese e al mondo dei consulenti aziendali e professionisti per diffondere e condividere le buone prassi;
3. migliorare la formazione e l'aggiornamento tecnico-professionale degli operatori dei servizi di prevenzione;
4. incrementare gli interventi preventivi di controllo e vigilanza nei comparti a maggior rischio (edilizia, agricoltura, metalmeccanica, legno ecc.);
5. incrementare le indagini per infortuni secondo criteri di gravità, modalità di accadimento, comparti lavorativi;
6. promuovere il coordinamento degli interventi tra tutti i soggetti pubblici del sistema di prevenzione.

## **Problema**

È opinione comune che le patologie professionali siano ampiamente sottostimate; al loro interno hanno sempre maggiore rilievo quelle che riconoscono un'eziologia multifattoriale e che sono più difficili da individuare. L'attuale sistema di sorveglianza sanitaria (effettuata dal medico competente) appare inadeguato a rilevare l'entità e la complessità del problema; d'altra parte, i Servizi di prevenzione delle ASL sono poco impegnati in attività di valutazione dello stato di salute di singoli lavoratori e di popolazioni lavorative, con il rischio di una spirale negativa il cui risultato finale è un'incapacità del sistema di prevenzione di rilevare correttamente lo stato di salute dei lavoratori.

## **Risposte**

I principali obiettivi da perseguire, per il miglioramento del sistema, sono:

- a. migliorare la formazione e l'aggiornamento tecnico scientifico dei medici del lavoro dei servizi di prevenzione e dei medici competenti, con iniziative comuni su specifiche tematiche;
- b. attivare programmi di verifica dell'appropriatezza sui protocolli sanitari adottati dai medici competenti;
- c. attivare iniziative di controllo e revisione della qualità degli accertamenti strumentali e laboratoristici effettuati nella sorveglianza sanitaria, secondo programmi condivisi con i medici competenti;
- d. attivare progetti per la ricerca attiva delle patologie professionali con particolare attenzione ai tumori professionali, alle patologie dell'apparato locomotore, alle patologie respiratorie e alle patologie allergiche, coinvolgendo tutti i sanitari potenzialmente interessati (medici SPISLL, medici competenti, medici INAIL, medici ospedalieri e MMG), e avvalendosi dei Sistemi informativi regionali (ad esempio Sistema informativo ospedaliero);
- e. partecipare al progetto di rilevazione nazionale delle patologie professionali secondo il progetto MALPROF.

## **Problema**

La promozione della salute finalizzata alla scelta di stili di vita e abitudini salutari (fumo di sigaretta, consumo di alcol, dieta, esercizio fisico) ha un particolare rilievo nei luoghi di lavoro. Infatti, la prevalenza di alcuni fattori di rischio legati allo stile di vita è maggiore tra i lavoratori (e in particolare tra i lavoratori manuali) rispetto alla popolazione generale; gli stili di vita non salutari possono avere un'azione sinergica o moltiplicativa con i fattori di rischio occupazionali (un esempio per tutti: amianto e fumo di tabacco); l'ambiente di lavoro costituisce un luogo favorevole per gli interventi di promozione della salute in quanto in esso operano gruppi omogenei di popolazione; d'altra parte, ogni intervento diretto a modificare abitudini individuali e stili di vita non può prescindere dal consenso e dalla libera adesione dell'individuo; inoltre, ogni intervento di promozione della salute nel luogo di lavoro non può prescindere dalla priorità del controllo dei fattori di rischio lavorativi.

## **Risposte**

- a. Promuovere la formazione e l'aggiornamento tecnico-scientifico sui temi della promozione della salute nei luoghi di lavoro tra gli operatori dei Servizi ASL congiuntamente ai medici competenti e alle altre figure della prevenzione aziendali;
- b. coinvolgere le imprese più sensibili e motivarle ad attuare politiche aziendali favorevoli alla promozione della salute e coinvolgere i lavoratori nella definizione e validazione degli interventi;

- c. attivare almeno interventi pilota mirati al fumo di sigaretta nelle aziende con esposizione professionale a cancerogeni e all'abuso di alcol nei comparti dell'edilizia dei trasporti.

### **Problema**

Oltre ai comparti edilizia e agricoltura, che sono individuati come oggetto di intervento prioritario, sono presenti nella regione altri comparti produttivi rilevanti per le problematiche di sicurezza e/o di salute dei lavoratori, nei quali devono essere incrementati gli interventi delle singole ASL.

I comparti di maggiore interesse (dopo edilizia e agricoltura) sono: ceramica, grandi opere (metro C), sanità e trasporti.

### **Risposte**

Devono essere attivati o continuati piani mirati di prevenzione nei singoli comparti, progettati dalle ASL competenti, con i seguenti obiettivi:

- a. mappa dei rischi;
- b. valutazione dello stato di salute dei lavoratori;
- c. individuazione delle criticità (strutturali, tecnologiche, organizzative, procedurali) per la sicurezza e/o salute;
- d. ricerca di soluzioni tecniche condivise con le aziende e i lavoratori;
- e. diffusione delle informazioni;
- f. piano dei controlli e delle verifiche;
- g. valutazione dei risultati.

### **IL PROGRAMMA "GUADAGNARE SALUTE" – RENDERE FACILI LE SCELTE SALUTARI**

"Guadagnare salute" è un programma del Governo, approvato con D.P.C.M. del 4 maggio 2007, che recepisce la strategia della Regione europea dell'OMS di contrasto delle patologie più diffuse in Europa, quali: malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie croniche, malattie mentali e disturbi muscolo-scheletrici.

I fattori di rischio comuni per queste patologie vengono identificati in:

- alimentazione errata, in particolare povera di frutta e verdura e ricca di alimenti altamente energetici, ad esempio zuccheri e grassi saturi;
- attività fisica insufficiente;
- abitudine al fumo;
- abuso di alcolici.

"Guadagnare salute" indica strategie intersettoriali, basate su azioni che prevedono il coinvolgimento di settori diversi della società e delle istituzioni, e interventi specifici per la lotta al tabagismo e all'abuso di alcol e per la promozione dell'attività fisica e di una sana alimentazione, attraverso la stretta cooperazione di tutte le istituzioni e le organizzazioni della società interessate.

Il programma intende anche promuovere campagne informative mirate a modificare alcuni comportamenti non corretti.

"Guadagnare salute" definisce quattro programmi specifici:

- comportamenti alimentari salutari;

- lotta al tabagismo;
- lotta all'abuso di alcol;
- promozione dell'attività fisica.

Per ciascuno dei quattro programmi specifici sono proposte strategie e ipotesi di intervento e di coinvolgimento intersettoriale, specificando le azioni a carico di ciascuna macrocategoria di attori coinvolti: Ministero del Welfare, altri ministeri ed enti nazionali, regioni ed enti locali, privati (produttori, distributori, gestori ecc.), società scientifiche e associazioni. Inoltre in ciascuno di essi sono previsti uno specifico piano di comunicazione e un piano per realizzare l'alleanza con il settore della scuola.

A tal fine l'articolo 15 del nuovo Patto per la Salute 2010-2012 ha confermato per gli stessi anni, per la completa attuazione del Piano nazionale di prevenzione, la destinazione vincolata di 200 milioni di euro.

### **L'ATTUAZIONE DEL PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE NEL LAZIO**

In seguito all'Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005, le Regioni hanno sottoscritto formale impegno finalizzato a condurre un programma di prevenzione mirato ad alcuni specifici ambiti considerati in tale sede prioritari (Piani di prevenzione attiva – PPA). Con le due D.G.R. n. 729 del 4 agosto 2004 e n. 1166 del 23 dicembre 2005, la Regione Lazio ha adottato i programmi nazionali e ne ha definito le modalità di attuazione nel Lazio.

Questo sforzo collettivo, esteso all'intero territorio nazionale, costituisce un'importante opportunità per indirizzare le risorse verso obiettivi di contrasto a fattori di rischio e patologie di notevole rilevanza e diffusione, per le quali l'azione preventiva, se adeguatamente pianificata, supportata da risorse e ben condotta, può effettivamente fornire risposte efficaci.

Nell'arco del triennio i programmi di prevenzione dovranno coinvolgere tutte le Aziende, garantendo livelli omogenei a favore dell'intera popolazione regionale. L'ASP ha il compito di coordinare e monitorare l'andamento dei Piani di prevenzione attiva svolti nelle ASL, in collaborazione con il Dipartimento di Epidemiologia che svolge le attività di sorveglianza epidemiologica connesse all'attuazione dei progetti CCM e necessarie alla loro valutazione. L'attività di interfaccia con il CCM nazionale è svolta dall'ASP, con la partecipazione del Dipartimento di Epidemiologia per le funzioni ad esso attribuite.

I Piani di prevenzione, da realizzarsi secondo i cronoprogrammi presentati al Ministero del Welfare, per il cui dettaglio si rimanda agli atti sopra citati della Regione Lazio, sono i seguenti:

- *prevenzione del rischio cardiovascolare e diffusione degli strumenti di misurazione del rischio*. In particolare il progetto si basa sull'uso delle carte del rischio cardiovascolare da parte dei MMG e sui percorsi assistenziali integrati fra MMG e centri specialistici;
- *prevenzione delle recidive cardio e cerebrovascolari*. Piano di integrazione professionale utile a garantire la continuità delle cure e a ridurre il rischio di un nuovo evento di malattia;
- *prevenzione delle complicanze del diabete*. Anche questo progetto si basa sull'adozione di percorsi assistenziali validati e sull'integrazione dei diversi soggetti sanitari che in essi intervengono;
- *prevenzione dell'obesità*. Il progetto è indirizzato soprattutto alla popolazione scolastica, allievi, docenti e genitori;

- *programmi di screening oncologici*. Il piano della prevenzione deve essere occasione di miglioramento/potenziamento dei programmi in atto, con l'obiettivo di migliorare la copertura, prevedendo anche interventi in zone disagiate;
- *piano vaccinazioni*. Le azioni ritenute necessarie sono: l'individuazione e il miglioramento della copertura dei gruppi vulnerabili e la costruzione di un'anagrafe vaccinale;
- *prevenzione degli incidenti domestici e stradali*. Attuazione di una sorveglianza integrata, rafforzando il sistema di sorveglianza basato sull'integrazione dei sistemi informativi dell'emergenza, dei ricoveri e della mortalità e implementando un sistema di georeferenziazione degli incidenti stradali. Occorre utilizzare un approccio di comunità, con la stretta collaborazione con altri enti, la scuola, gli Enti locali, le forze dell'ordine ecc., ovvero l'utilizzo della sorveglianza degli incidenti stradali per l'individuazione dei "punti neri", con un'azione di *advocacy* presso gli Enti locali e le forze dell'ordine. Sono inoltre da programmare corsi di promozione della salute e della sicurezza, nei consultori e nei centri vaccinali, diretti ai neo-genitori e nelle scuole, e la promozione dell'attività fisica negli anziani per la prevenzione delle cadute;
- *prevenzione degli incidenti sul lavoro*. Sia nel determinismo degli infortuni, sia nella genesi delle patologie professionali (e di quelle correlate al lavoro) si accentua la diversificazione dei fattori di rischio e dei determinanti, frutto questo sia dell'evoluzione del lavoro stesso, sia del ruolo di cofattori ambientali e sociali, legati agli stili di vita in generale. Il miglioramento dell'ambiente di lavoro, dell'organizzazione e dei cicli produttivi deve essere perseguito attraverso strategie che favoriscano la comunicazione di esperienze e informazioni sul lavoro e delle sue conseguenze sulla salute e sulle modalità di prevenzione; operativamente devono essere messe in atto strategie che portino alla costituzione di reti "locali" di promozione della salute.

Sulla base di quanto già fatto per l'attuazione del PNP 2005-2007 (prorogato al 2008), in vista del PNP 2010-2012, previsto dall'art. 15 del nuovo patto per la salute 2010-2012, che ridefinirà gli obiettivi e i meccanismi di gestione del Piano, è opportuno ribadire la strategia regionale a riguardo:

- la Regione recepirà gli obiettivi e gli ambiti prioritari di azione che verranno esplicitati attraverso l'Accordo Stato-Regioni;
- la Regione stenderà, in base alle indicazioni del Ministero e attraverso i suoi organi tecnici (Laziosanità-ASP e Dipartimento di Epidemiologia), il proprio piano operativo, specificandone gli obiettivi, le azioni e i tempi;
- le ASL, attraverso le Direzioni strategiche aziendali, predispongono i propri Piani di attuazione aziendali definendone gli obiettivi, le azioni e i tempi di realizzazione;
- l'ASP e il Dipartimento di Epidemiologia valutano la realizzazione dei piani attuativi delle ASL;
- così come l'erogazione dei fondi da parte del Ministero alla Regione dipende dal raggiungimento degli obiettivi stabiliti, così il trasferimento dalla Regione alle ASL sarà vincolato alla valutazione del raggiungimento degli obiettivi concordati.

## **LA PREVENZIONE NELL'AMBITO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA**

Figure centrali nell'ambito della prevenzione sono i MMG e i PLS che, per le opportunità di contatto e per il rapporto di fiducia con i cittadini, sono i professionisti che possono svolgere tale funzione con maggiori probabilità di copertura e con maggiori garanzie di risultato.

La medicina generale e la pediatria di libera scelta, cui il presente Piano dedica ampio spazio, devono essere supportate nelle loro funzioni quotidiane da strumenti e livelli organizzativi in grado di ricondurre la loro attività nell'ambito della massima appropriatezza ed efficacia. In tal senso vanno intese la promozione del lavoro in forma associativa, la piena integrazione delle attività del MMG nel Distretto, l'istituzione del Presidio territoriale di prossimità e dell'infermiere di comunità, la funzione di case manager e gli altri interventi innovativi descritti nelle parti del Piano dedicate al territorio e ai PLS. Questi nuovi strumenti renderanno MMG e PLS maggiormente in grado di dedicarsi alle funzioni proprie del loro ruolo: occuparsi delle relazioni con gli altri livelli di assistenza ed esercitare un'azione preventiva, di promozione della salute e di *counselling* per i propri assistiti.

Il presente Piano definisce strumenti e modalità per riqualificare l'attività dei MMG e ampliare lo spazio dedicato alla prevenzione e alla promozione della salute. Tale trasformazione, già da tempo prevista dagli Accordi collettivi, non si è ancora avviata per la carenza di strumenti concreti. Il presente Piano, prevedendo l'attivazione di tali strumenti, consentirà l'avvio del processo di cambiamento.

## **IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**

Al Dipartimento di prevenzione è dedicato uno spazio specifico in altra parte del Piano. Quanto alle caratteristiche delle attività preventive che devono essere sviluppate, occorre considerare che il Dipartimento è tradizionalmente legato all'azione preventiva in alcuni ambiti specifici. La sua azione in tali settori va sicuramente potenziata e, laddove sussista un'impostazione ancora fortemente indirizzata verso l'approccio ispettivo-autorizzativo, è necessario avviare un percorso di cambiamento indirizzato a sostenere le attività di promozione della salute.

Anche se le competenze del Dipartimento su specifici settori vanno conservate, in considerazione del ricco bagaglio professionale e scientifico proprio di questa struttura, è necessario che esso si coordini con altre attività di prevenzione, in particolare con quelle per le quali esistono programmi organizzati, e che mantenga un rapporto organico col Distretto: si fa riferimento esplicitamente ai progetti di prevenzione attiva, citati più avanti.

## **LA PREVENZIONE NELLA SCUOLA**

Gli interventi di promozione della salute in ambito scolastico, per la loro complessità e articolazione, devono essere guidati da criteri oggettivi e rigorosi. Attualmente, infatti, gli interventi di promozione della salute effettuati dalle ASL e dalle istituzioni scolastiche sono molto spesso caratterizzati da frammentarietà e disomogeneità operative e raramente è possibile la loro valutazione.

Si ritiene che la prevenzione di pertinenza della scuola rientri nelle politiche educative e vada quindi impostata, diretta e implementata dagli organismi a ciò preposti. È tuttavia necessario che le ASL o singoli servizi del SSR intervengano nella scuola per supportarla, in modo programmato e coordinato, favorendo l'attuazione di metodi *evidence based* e di approcci multidisciplinari e integrati fra loro e suggerendo o usando strumenti operativi di provata efficacia.

È fondamentale definire criteri di priorità, mirando gli interventi a fattori di rischio dimostrati, propri della classe di età che frequenta la scuola e nei confronti dei quali è provata l'efficacia di specifici interventi di prevenzione.

Nel bilanciare i programmi scolastici, dovranno essere garantiti gli aspetti relativi alla prevenzione dei rischi prioritari.

Altre attività di carattere più sperimentale potranno essere svolte in aggiunta ma non in sostituzione.

Gli interventi di prevenzione dovranno essere organizzati tenendo presenti le seguenti indicazioni:

- definire accuratamente i bisogni di salute della popolazione di riferimento a cui la prevenzione possa dare risposte/soluzioni. Tali bisogni vanno attentamente ricostruiti per singole, specifiche popolazioni;
- definire le priorità: i servizi sanitari devono adattarsi ai bisogni della popolazione e non deve avvenire il contrario (ovvero somministrare, indipendentemente dai bisogni specifici, gli interventi in cui si è più esperti);
- selezionare la popolazione bersaglio secondo due principali criteri:
  - la popolazione costituisce un gruppo a maggior rischio;
  - la popolazione offre garanzie di copertura adeguata. Comunque in programmi definiti prioritari va perseguito il massimo livello di copertura possibile;
- definire il problema e descriverlo in termini qualitativi e quantitativi;
- definire i fattori di rischio: le variabili da rimuovere attraverso l'intervento preventivo;
- definire i fattori di protezione: le variabili da promuovere e incrementare grazie ad un intervento di prevenzione;
- adottare modelli di intervento validati dalla letteratura scientifica;
- affidare preferibilmente gli interventi a gruppi di pari o a insegnanti, opportunamente formati, utilizzando programmi basati su modelli teorici mirati allo sviluppo di capacità interpersonali e individuali;
- escludere interventi puntuali nel tempo di "esperti";
- valorizzare i Centri di informazione e consulenza, istituiti con D.P.R. n. 309 del 9 ottobre 1990 all'interno delle scuole secondarie superiori, finalizzando gli interventi del personale delle ASL alla prevenzione del disagio giovanile e garantendo continuità agli altri progetti di prevenzione;
- ricercare e adottare strumenti e metodi raccomandati dalla letteratura;
- utilizzare l'approccio globale sfruttando la sinergia di più metodi e sistemi concorrenti verso un medesimo obiettivo, anche attraverso raccordi con altre istituzioni;
- attuare sistematicamente la valutazione di processo e di risultato degli interventi svolti, possibilmente associando metodi quantitativi e qualitativi.

## **PREVENZIONE E SPORT**

La Regione intende sviluppare le potenzialità nell'ambito della medicina sportiva, il cui ruolo di filtro preventivo, anche attraverso le valutazioni e le certificazioni di idoneità medico-sportive, va rilanciato. La medicina sportiva inoltre contribuisce alle attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie cronico-degenerative e delle disabilità, anche in collaborazione con gli altri servizi del Dipartimento di prevenzione e servizi afferenti ad altri dipartimenti (D.Lgs 28 luglio 2000, n. 254; D.G.R. 21 dicembre 2001, n. 2034; L.R. 20 giugno 2002, n. 15).



È necessario sviluppare e promuovere attivamente negli ambienti di vita e di lavoro abitudini di vita non sedentarie; in questo senso la medicina sportiva deve fornire un supporto tecnico e di indirizzo e concordare programmi assieme ai Dipartimenti di Prevenzione.

È inoltre compito precipuo della medicina sportiva valutare e contrastare il fenomeno del doping anche nei praticanti lo sport a livello dilettantistico e amatoriale, coinvolgendo le famiglie, le istituzioni scolastiche, le organizzazioni sportive e le altre strutture delle Aziende sanitarie, in collaborazione con le altre strutture del SSN, in particolare predisponendo i controlli previsti dalla normativa vigente nei laboratori antidoping e attuando interventi di prevenzione di tale fenomeno.

## **2.b Vaccinazioni**

### **Quadro di riferimento**

Nel 2008 più del 95% dei nuovi nati è stato immunizzato per le vaccinazioni dell'obbligo (Polio, Differite, Tetano ed Epatite B), standard stabilito dal Piano nazionale e dal Piano regionale vaccini. Percentuali simili sono state registrate per la vaccinazione antipertosse che, pur non essendo obbligatoria, è associata alle altre nel vaccino esavalente. Tra le altre vaccinazioni con obiettivi di copertura superiori al 95%, la vaccinazione contro l'*Haemophilus influenzae* di tipo b si è ormai allineata alle vaccinazioni dell'obbligo, mantenendo anche nel 2008 una copertura superiore al 95%. Da anni non si registrano casi di poliomielite e di differite, i pochi casi di tetano notificati si sono verificati esclusivamente nelle classi di età più anziane.

La vaccinazione anti-pneumococcica ha raggiunto, nel 2008, una copertura del 67,2%, che rappresenta un ottimo livello per una vaccinazione non offerta attivamente. Anche il numero di vaccinazioni per meningococco è aumentato con coperture che appaiono in crescita dal 55% al 64%.

La copertura per morbillo, parotite e rosolia (MPR) tra i nuovi nati è aumentata in maniera rilevante dopo l'avvio del Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita nel 2004, e ha raggiunto il 92,2% dei soggetti con meno di 24 mesi, ma è ancora inferiore all'obiettivo fissato dal Piano nazionale (95%), non sufficiente per interrompere la trasmissione indigena del virus. Nel 2008 sono stati notificati 365 casi, con un'incidenza di 6,6/100.000, di molto superiore all'obiettivo di <1/100.000. Nel 2008 è stata avviata la vaccinazione contro il papilloma virus umano (HPV), che viene offerta attivamente e gratuitamente alle bambine dodicenni. Pur essendo il primo anno di offerta di questa vaccinazione la risposta è stata buona e circa il 50% della coorte 1997 e il 25% della coorte 1996 ha ricevuto la prima dose.

### **Problemi**

- Tutte le ASL dispongono di un sistema di registrazione informatizzato delle vaccinazioni, ma solo alcune dispongono di un'anagrafe vaccinale aziendale aggiornata ed efficiente e sono ancora iniziali a livello regionale iniziative coordinate per lo sviluppo di un sistema anagrafico vaccinale regionale;
- l'evoluzione tecnologica e gli avanzamenti scientifici cambiano rapidamente il panorama dei possibili interventi vaccinali utili per la popolazione, sostenibili e costo-efficaci per la sanità pubblica;

- nonostante le coperture vaccinali nel Lazio siano abbastanza elevate, si registra un'estrema variabilità tra le varie ASL della regione. Alcune di esse riescono a vaccinare un numero di bambini superiore a quelli residenti nel loro territorio, mentre altre hanno un livello di efficienza minore e fanno registrare coperture di molto inferiori alla media regionale.

## Risposte

La Regione Lazio partecipa, come tutte le regioni italiane, al Piano nazionale prevenzione – Area vaccinazioni (PNP-AV) e intende utilizzare questa opportunità per operare una radicale riorganizzazione dei servizi vaccinali, finalizzata al miglioramento dei servizi e delle coperture vaccinali nella regione. Il progetto esecutivo e il cronoprogramma per le vaccinazioni, elaborati da Laziosanità-Agenzia di Sanità Pubblica<sup>2</sup>, definisce un obiettivo generale coerente con quanto enunciato nel Piano nazionale vaccini 2005-2007: “Garantire in modo uniforme a tutta la popolazione un uguale diritto all’accesso alla prevenzione vaccinale, superando le disuguaglianze geografiche e per stato socioeconomico, in modo da garantire coperture omogenee a tutti i cittadini ed affrontare i nuovi traguardi che la ricerca bio-medica ci offre”.

Il raggiungimento di questo obiettivo sarà conseguito concentrando gli sforzi in tre campi di azione principali:

- **realizzazione della gestione informatizzata delle vaccinazioni** in tutte le ASL e creazione di un registro vaccinale regionale; la Regione affida all’ASP il compito di coordinare le attività per la costruzione dell’anagrafe vaccinale, che sarà nominativa e si baserà sul registro degli assistiti;
- **azioni efficaci per migliorare le coperture vaccinali**, in particolare nei soggetti vulnerabili e nei gruppi a rischio, e per le malattie per le quali è già stata definita una strategia operativa di base, ma non sono ancora stati raggiunti livelli di copertura ottimali (MMR); va altresì curato il perseguimento di coperture soddisfacenti per le nuove vaccinazioni, ad esempio quella contro il papilloma virus umano (HPV). È necessario mantenere periodiche revisioni, con cadenza perlomeno annuale, del calendario vaccinale in modo da includere, di volta in volta, le indicazioni relative all’offerta di nuovi vaccini e nuove formulazioni;
- **miglioramento della qualità dell’offerta vaccinale** con interventi di ordine strutturale, organizzativo, formativo e comunicativo necessari per conseguire un generale miglioramento della qualità dei servizi vaccinali.

## 2.c Programmi di screening

I programmi di screening rientrano nei livelli essenziali di assistenza (LEA); il Parlamento ha varato una legge (L. 26 maggio 2004, n. 138) per il consolidamento e il miglioramento di tali programmi; a questa iniziativa legislativa si è aggiunto dal 2004 il Piano nazionale della prevenzione. La Regione Lazio ha deliberato l’attuazione dello screening per i tumori della mammella e della cervice uterina nel 1997 (D.G.R. n. 4236 dell’8 luglio 1997) e l’avvio della fase di fattibilità dello screening del cancro del colon-retto nel 2002 (D.G.R. n. 1740 del 21 dicembre 2002). Benché a partire dal 1999 gli screening mammografico e citologico si siano diffusi sul territorio, essi non risultano aver raggiunto tutta la popolazione avente diritto, garanzia minima di efficacia per un programma organizzato.

<sup>2</sup> [http://www.ccm.ministerosalute.it/ccm/documenti/PDF\\_Lazio/Lazio\\_progetto\\_cronoprogrammi.pdf](http://www.ccm.ministerosalute.it/ccm/documenti/PDF_Lazio/Lazio_progetto_cronoprogrammi.pdf)

**Problema:** non completa estensione dell'invito e bassa adesione per gli screening dei tumori della mammella e della cervice uterina.

I programmi di screening del cancro della cervice uterina e della mammella riescono a raggiungere solo il 50% della popolazione target. La mancata copertura della popolazione bersaglio può essere sintomo di un'inadeguata organizzazione o di carenze strutturali tali da non permettere di stimolare una domanda che non può essere soddisfatta. La percentuale di donne di 25-64 anni che ha effettuato almeno un pap-test nella vita è del 76%. La percentuale di donne di 50-69 anni che hanno effettuato una mammografia a scopo di prevenzione è del 73%. A questa copertura contribuisce in modo sostanziale anche lo screening spontaneo.

Nell'area metropolitana di Roma l'adesione è più bassa della media nazionale (36% per il mammografico e 21% per il citologico). Questo fenomeno è il sintomo di una scarsa fiducia nelle strutture territoriali del Servizio sanitario, della loro scarsa accessibilità, di insufficiente (o errata) informazione, della presenza di un'offerta competitiva sul territorio.

### **Risposte**

- Introdurre l'utilizzo del mammografo mobile come struttura di I livello per superare le carenze strutturali e i problemi di risposta all'invito nei comuni poco accessibili;
- fare maggiormente ricorso alle risorse esistenti nel SSR, ad oggi non coinvolte nei programmi di screening, e garantire una penetranza territoriale che assicuri massima accessibilità;
- indirizzare ai programmi organizzati di screening le richieste spontanee di test per prevenzione abitualmente indirizzate al Recup tramite medico di medicina generale;
- centralizzare il più possibile la lettura dei pap-test per ottimizzare l'utilizzo delle risorse, onde raggiungere i volumi di attività per centro di lettura previsti dalle linee guida nazionali;
- una volta garantita l'adeguatezza dei servizi, effettuare campagne di sensibilizzazione, agendo sui determinanti dell'adesione legati sia alla popolazione (etnia, livello socioeconomico, livello culturale), sia all'organizzazione del programma di screening (qualità delle liste anagrafiche, accessibilità ai centri di I livello);
- migliorare la comunicazione degli operatori front office (numeri verdi, call center).

**Problema:** garantire la qualità del percorso diagnostico-terapeutico innestato con lo screening.

Lo screening non è solo un test ma un percorso complesso da gestire e garantire.

### **Risposte**

- Effettuare corsi di *retraining* dei professionisti;
- organizzare incontri di discussione dei casi e degli errori diagnostici dei programmi di screening;
- diffondere i nuovi protocolli diagnostici nello screening citologico (sistema di refertazione Bethesda 2001 e triage dei casi border-line con test HPV);
- sperimentare l'implementazione di nuove tecnologie di comprovata efficacia per lo screening.

**Problema:** funzionamento non ideale del sistema di gestione, valutazione e monitoraggio dei programmi di screening.

### **Risposte**

- Creare un software unico via web, funzionale e flessibile a disposizione delle ASL per la gestione e il monitoraggio.

**Problema:** attivare i programmi di screening del cancro del colon-retto con test del sangue occulto nelle feci.

### **Risposte**

- Potenziare il ruolo del coordinamento della ASL;
- creare degli ambulatori dedicati per l'effettuazione delle colonscopie presso i centri di II livello;
- attuare strategie per favorire il coinvolgimento dei MMG.

**Problema:** ridurre l'inappropriatezza nella prevenzione secondaria.

Nella regione sono molto diffuse attività di screening opportunistico. Queste, se non governate, possono essere fonte di inefficienza del sistema e di inappropriatezza.

### **Risposte**

- Attuare estese iniziative di formazione dirette a MMG, ginecologi e gastroenterologi;
- disincentivare la prescrizione inappropriata di test di screening opportunistico;
- integrare i test eseguiti spontaneamente dalla popolazione target con gli archivi gestionali dei programmi di screening.

## **2.d Piano pandemico**

### **Quadro di riferimento e problemi**

In questi anni, dapprima il verificarsi di casi umani di influenza da virus H5N1 ha fatto temere l'arrivo di una pandemia ad alta letalità, in seguito la recente comparsa della pandemia da virus A H1N1v ha suscitato una grande attenzione della comunità scientifica internazionale e un notevole coinvolgimento dell'opinione pubblica. Tutti i Paesi si sono mobilitati per formulare piani di prevenzione e di risposta, sotto la spinta di una forte partecipazione sia delle autorità sanitarie che emotiva da parte dei cittadini.

In Italia il "Piano nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale" è stato approvato dalla Conferenza Stato-Regioni del 9 febbraio 2006, condividendo gli obiettivi di sanità pubblica raccomandati dall'OMS per ogni fase.

Anche nel Lazio si è disposto un Piano pandemico regionale, tuttavia sia questo che il Piano nazionale sono stati preparati mirando ad una pandemia sostenuta dal virus H5N1, l'arrivo del H1N1 obbliga a riconsiderare la pianificazione.

### **Risposte**

La Regione Lazio ha previsto la costituzione di un'Unità di crisi e di una Commissione tecnica consultiva per la pandemia.

Il Piano pandemico, approvato con la D.G.R. n. 302 del 24 aprile 2008, così come integrato dalle misure straordinarie legate alla pandemia da virus A H1N1 di cui all'Ordinanza del Presidente della Regione n. 20011 del 4.11.2009, rappresenta il supporto alle decisioni e uno strumento utile per gli operatori sanitari; tuttavia, data la variabilità dell'evoluzione del quadro epidemiologico occorre che Assessorato e Laziosanità-ASP, sulla base delle evidenze scientifiche e degli orientamenti della Commissione tecnica regionale, dispongano le integrazioni necessarie, di concerto con gli altri organismi regionali e comunali.

Ogni ASL, Azienda ospedaliera, IRCCS, Azienda universitaria dovrà disporre di un Referente unico per la pandemia, che avrà il compito di coordinare tutti i servizi sanitari nell'articolato insieme di azioni da disporre per arginare la pandemia.

È fondamentale inoltre riferirsi alla catena di comando, prevista nel Piano pandemico, suddivisa in tre livelli, decisionale, consultivo e operativo, che individua ruoli e responsabilità a carico degli enti e delle figure professionali coinvolti, anche non sanitari.

I punti essenziali del Piano riguardano:

- il sistema di sorveglianza, nella doppia veste di sistema di allerta e di sistema di monitoraggio epidemiologico;
- la gestione clinica dei casi e le misure di prevenzione e controllo intraospedaliera;
- le azioni di sanità pubblica volte alla protezione della collettività;
- le basi dell'organizzazione del sistema emergenziale.

## **2.e Predisposizioni genetiche, medicina predittiva e di iniziativa**

I progressi fatti nella conoscenza del genoma umano hanno portato a comprendere diverse cause e concause genetiche delle malattie, da ciò è nato un proliferare di potenziali marcatori di rischio genetico che permettono di individuare persone che hanno un rischio aumentato di sviluppare determinate malattie, è nato così il termine medicina predittiva. È indubbio che tali progressi scientifici aprano orizzonti nuovi e di potenziale grande mutamento nell'approccio alle malattie. Un'applicazione di sicuro interesse e già oggi disponibile è costituita dai test di predittività di efficacia/inefficacia terapeutica per alcune patologie, che a fronte di una spesa modesta di diagnostica molecolare evita aggravamenti economici rilevanti e di tossicità per l'uso inefficace di farmaci biologici.

È opportuno che il Servizio sanitario si prepari a scenari futuri che possono sconvolgere approcci, organizzazione e percorsi nella sanità. Tuttavia al momento attuale occorre considerare che questo progresso nella conoscenza delle cause genetiche raramente ha visto una pari progressione nelle potenzialità terapeutiche. La conseguenza è che spesso disponiamo di sistemi per la diagnosi precoce senza disporre di presidi terapeutici che possano essere attivati a seguito del risultato del test. La conseguenza è che si condanna una persona sana a conoscere le malattie che la colpiranno in futuro senza però offrire un possibile rimedio.

È dunque necessario in tale campo promuovere l'appropriatezza dell'uso dei test per la ricerca dei marcatori di rischio genetico e di cercare di limitarne l'uso ai soli casi in cui un'eventuale risposta positiva possa portare ad un miglioramento della prognosi o della qualità della vita del paziente. D'altra parte, in questi casi, è prioritario definire e

valutare protocolli per il corretto utilizzo dei test e dei presidi terapeutici ad essi correlati tramite la costituzione di gruppi di lavoro e la stesura e/o contestualizzazione e la diffusione di linee guida. Test genetici di costo non elevato potranno essere utili, ad esempio, nell'isolare popolazioni a più alto rischio cui riservare screening efficaci nella prevenzione secondaria dei tumori, evitando o limitando test di screening in popolazioni a semplice rischio per età.

Un'operazione di selezione della popolazione a rischio va perseguita anche allo scopo di tenuta del sistema, non solo in relazione ai markers tumorali, ma anche attraverso altri indicatori e per altre patologie. All'interno di questo quadro il Medico di medicina generale rappresenta per il cittadino il riferimento certo e costante che, oltre a risolvere le esigenze di livello primario evitando il ricorso incongruo al pronto soccorso o al ricovero ospedaliero, lo orienta verso percorsi assistenziali coerenti ai bisogni di salute, seguendolo nel tempo, con particolare riferimento all'azione sui determinanti di salute. Ne deriva la necessità che il MMG coniughi all'erogazione diretta di prestazioni sanitarie la capacità di leggere i bisogni di salute delle persone che assiste, e di orientarne la relativa domanda di servizi/prestazioni secondo idonei criteri di appropriatezza. Il lavoro del MMG deve quindi mirare a far sì che gli interventi dei sistemi sanitari siano rivolti soprattutto a popolazioni con patologie in atto o a rischio di contrarre una malattia, contribuendo attivamente all'azione di governo dell'assistenza sanitaria svolta dal SSR. Dovrà quindi operare per l'individuazione di gruppi di popolazione a rischio da inserire in specifici percorsi di diagnosi precoce, cura e riabilitazione.

### 3. Servizi territoriali e Distretto

#### 3.a Considerazioni generali

Il mutamento di prospettiva necessario a riequilibrare nel Lazio il sistema sanitario nelle sue componenti ospedaliera e territoriale implica uno spostamento consistente di competenze, professionalità, attività, servizi e risorse verso il territorio.

Tale cambiamento appare necessario, al fine di garantire: a) un sistema di promozione della salute, assistenza e cura prossimo al cittadino; b) una presa in carico globale dei problemi di salute del cittadino; c) una soluzione alla maggior parte dei problemi di salute e socio-sanitari di base e intermedi, problemi che attualmente trovano risposte soprattutto in ambito ospedaliero, comportando pertanto un'eccessiva medicalizzazione e tecnicizzazione; d) l'assunzione di modelli organizzativi maggiormente omogenei, che partano dallo studio della consistenza e della tipologia demografica e dalla pianificazione delle distinte aree di attività.

Il D.Lgs 19 giugno 1999, n. 229, all'art. 3 quater afferma che "il distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie" e all'art. 3-quinquies che "le regioni disciplinano l'organizzazione del distretto in modo da garantire (...) l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali". In sostanza si attribuisce al Distretto la titolarità e lo identifica quale luogo privilegiato per l'integrazione sociosanitaria, anche attraverso la partecipazione all'elaborazione dei Piani di zona. Si assicura, inoltre, al Distretto l'autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda sanitaria e si individua, inoltre, nel Piano delle attività territoriali, coerentemente inserito nel Piano delle attività locali di Azienda sanitaria, lo strumento di programmazione delle attività distrettuali basato sul principio dell'intersectorialità degli interventi. Il Distretto è, quindi, luogo sia di produzione diretta di servizi sia di committenza. Inoltre, la titolarità del rapporto con i Municipi è affidata al Distretto, anche attraverso l'esercizio delle funzioni di integrazione sociosanitaria mediante i sopra citati Piani di attività territoriali e i Piani di zona. La piena applicazione del D.Lgs costituisce quindi la base di partenza per riorientare e potenziare le attività territoriali, anche nella direzione di un rafforzamento della struttura organizzativa del Distretto e dell'attribuzione ad esso della responsabilità sugli esiti di salute, superando l'attuale organizzazione delle attività e dei servizi territoriali, tanto numerosi, quanto non collegati in un disegno organizzativo strategico.

Appare opportuno prevedere un programma regionale di formazione dei quadri apicali e un supporto alle Aziende sanitarie per la formazione dei quadri intermedi. Obiettivo delle Aziende sanitarie sarà la sperimentazione di nuovi modelli organizzativi e di cura per la gestione delle cronicità. La presa in carico di soggetti affetti da patologie cronicodegenerative, spesso portatori di bisogni socio-assistenziali correlati alla non piena autosufficienza, deve avvenire all'interno di team multidisciplinari, il cui stile di lavoro sia caratterizzato dall'interdisciplinarietà, dall'integrazione e dall'operare non gerarchico dei singoli professionisti, in un piano di pari dignità. Tutti gli operatori della sanità devono convincersi fino in fondo che la vecchia impostazione dell'assistenza, basata sul "caso clinico" di pertinenza esclusiva di qualche specialista, è completamente superata dalla realtà dei bisogni sanitari attualmente espressi dai cittadini. I

problemi di salute della popolazione sono per la maggior parte complessi, di pertinenza di professionalità molto varie e necessitano non di singole prestazioni, ma di percorsi clinico-assistenziali ben coordinati. L'approccio meramente specialistico, la perdita della visione unitaria e la riduzione della complessità, tipica della parcellizzazione attuale dell'assistenza, conducono ad una disumanizzazione della relazione e riducono l'efficacia dei singoli interventi. Il presente Piano, in ogni sua parte, è diretto a indurre forme di assistenza che garantiscano integrazione dei servizi e continuità assistenziale.

Con l'intento di uniformare scelte strategiche e operative, percorsi e strumenti saranno avviati tavoli di confronto e coordinamento tra Aziende sanitarie su tematiche ritenute rilevanti.

Inoltre occorrerà considerare le specificità di alcuni territori, quali quelli montani. Si dovranno quindi costituire Distretti sociosanitari montani nei territori della RMG, di Rieti e di Viterbo, per i quali la Regione dovrà predisporre appositi regolamenti speciali.

Infine si definisce l'assoluta urgenza dello sviluppo del sistema informativo territoriale, che dovrà essere rivisto nella sua architettura generale e supportato da un adeguato investimento in tecnologia informatica, per consentire il monitoraggio, la valutazione e anche la valorizzazione delle attività.

#### **Aspetti direzionali e di programmazione**

- Strutturazione dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, quale strumento di supporto alla direzione di Distretto, in particolare per la definizione del Piano delle attività territoriali, così come previsto dall'art. 3-sexies D.Lgs 229/99;
- analisi e valutazione demografica, sociale ed epidemiologica, quantificazione e mappatura dei bisogni e dei rischi e selezione della domanda anche attraverso l'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale;
- programmazione delle attività sanitarie e sociosanitarie (composizione del Programma delle attività territoriali e partecipazione con gli Enti locali all'elaborazione del Piano di zona, in armonia con il Piano delle attività locali);
- gestione dei rapporti con i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali, le farmacie esterne, ai fini della continuità assistenziale delle attività di prevenzione, deospedalizzazione, contrasto all'istituzionalizzazione, ricerca dell'appropriatezza;
- definizione delle responsabilità relative ai percorsi assistenziali, a impronta trasversale e organizzati a matrice, con sviluppo di relazioni tra i Dipartimenti e il Distretto, responsabilizzando quest'ultimo sull'utilizzo delle risorse.

#### **Aspetti gestionali**

- Sviluppo delle attività della Commissione distrettuale per l'appropriatezza, quale strumento per il governo clinico, che deve comunque essere effettuato anche a livello delle UTAP relativamente a tutte le attività dell'assistenza primaria;
- predisposizione, monitoraggio e analisi dell'andamento del budget di Distretto;
- coordinamento di tutte le attività dei servizi sanitari e sociosanitari operanti nel Distretto;



- collaborazione con la Direzione strategica aziendale per lo sviluppo di sistemi informativi integrati sanitari e sociosanitari e di un sistema di indicatori di controllo;
- disegno di un sistema di valutazione dei servizi distrettuali, distinto per struttura, processo e risultato nonché di indicatori per la raccolta di aspetti qualitativi sui cittadini e gli operatori.

### **Aspetti organizzativi e funzionali**

- Progressiva organizzazione del Punto unico di accesso integrato sanitario e sociale, inteso quale funzione del Distretto in grado di fornire informazioni e orientamento al cittadino, risolvere problemi semplici e rinviare i casi a maggior complessità verso le sedi adeguate (funzione filtro – triage);
- attivazione di un'unità funzionale di pre-valutazione integrata, che potrebbe essere svolta anche a livello del Punto unico di accesso, una volta consolidatosi, con utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale ritenuti equivalenti dal progetto Mattoni relativo e come previsto dall'art. 9 del nuovo Patto per la Salute 2010-2012;
- sviluppo delle Unità di valutazione ove si realizzino, oltre alle funzioni valutative, anche quelle relative alla progettazione condivisa (Piano di assistenza individuale), con l'individuazione del referente del caso (case manager) qualora necessario e l'uso di strumenti di valutazione multidimensionale standardizzati;
- sviluppo e diffusione e attivazione sperimentale dell'infermieristica di comunità e della funzione di case management;
- qualificazione e potenziamento dell'assistenza domiciliare, connotata da una forte integrazione multidisciplinare;
- sviluppo di percorsi clinico-assistenziali e garanzia della loro continuità (con l'obiettivo finale di realizzarla 24 ore 7 giorni su 7 e intermedio 12 ore 6 giorni su 7), dell'integrazione delle funzioni territoriali con quelle ospedaliere e dei percorsi di dimissione protetta;
- -sviluppo e diffusione dei servizi farmaceutici distrettuali/territoriali che, oltre a garantire il monitoraggio e il controllo della spesa farmaceutica, la vigilanza sulle farmacie, la gestione dei farmaci, dei vaccini e dei dispositivi medici necessari ai servizi distrettuali, devono qualificare e potenziare l'assistenza farmaceutica territoriale rivolta a pazienti fragili affetti da patologie gestite nell'ambito dell'integrazione fra i diversi livelli di assistenza (ad esempio distribuzione diretta, nutrizione artificiale, fibrosi cistica, malattie rare, ossigenoterapia e assistenza protesica e integrativa), ciò nell'ottica anche delle previsioni di cui al D.Lgs. n. 153 che ne definisce i nuovi servizi assicurati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto di quanto previsto dai Piani socio-sanitari regionali e previa adesione del titolare della farmacia. Tali servizi in particolare concernono:

a) la partecipazione delle farmacie al servizio di assistenza domiciliare integrata a favore dei pazienti residenti o domiciliati nel territorio della sede di pertinenza di ciascuna farmacia, a supporto delle attività del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, a favore dei pazienti che risiedono o hanno il proprio domicilio nel territorio di competenza, attraverso:

1) la dispensazione e la consegna domiciliare di farmaci e dispositivi medici necessari;

2) la preparazione, nonché la dispensazione al domicilio delle miscele per la nutrizione artificiale e dei medicinali antidolorifici, nel rispetto delle relative norme di buona preparazione e di buona pratica di distribuzione dei medicinali e nel rispetto delle prescrizioni e delle limitazioni stabilite dalla vigente normativa;

3) la dispensazione per conto delle strutture sanitarie dei farmaci a distribuzione diretta;

b) la collaborazione delle farmacie alle iniziative finalizzate a garantire il corretto utilizzo dei medicinali prescritti e il relativo monitoraggio, a favorire l'aderenza dei malati alle terapie mediche, anche attraverso la partecipazione a specifici programmi di farmacovigilanza;

c) la erogazione di servizi di primo livello, attraverso i quali le farmacie partecipano alla realizzazione dei programmi di educazione sanitaria e di campagne di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale, rivolti alla popolazione generale ed ai gruppi a rischio e realizzati a livello nazionale e regionale, ricorrendo a modalità di informazione adeguate al tipo di struttura e, ove necessario, previa formazione dei farmacisti che vi operano;

d) la effettuazione di attività attraverso le quali nelle farmacie gli assistiti possano prenotare prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, e provvedere al pagamento delle relative quote di partecipazione alla spesa a carico del cittadino, nonché ritirare i referti relativi a prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale effettuate presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate; tali modalità sono fissate, nel rispetto delle previsioni contenute nel decreto legislativo 23 giugno 2003, n. 196, recante il codice in materia protezione dei dati personali, e in base a modalità, regole tecniche e misure di sicurezza, con decreto, di natura non regolamentare, del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentito il Garante per la protezione dei dati personali;

- elaborazione di un modello di assistenza sanitaria e sociale ai soggetti affetti da malattie croniche (*chronic care model*);
- sperimentazione di forme di partecipazione e attivazione dei singoli cittadini e della comunità locale;
- impegno per lo sviluppo a livello distrettuale di attività di promozione della salute e di prevenzione;
- avvio di percorsi formativi per gli operatori distrettuali orientati agli obiettivi di Piano.

Sarà necessario, al fine di garantire la piena riuscita delle innovazioni organizzative e di processo sopra delineate, inserire degli indicatori ad esse correlati nella valutazione annuale dei Direttori generali.

### 3.b Integrazione sociosanitaria

#### Quadro di riferimento

L'integrazione sociosanitaria può essere intesa come il coordinamento tra interventi di natura sanitaria e sociale, a fronte di bisogni di salute molteplici e complessi, sulla base di progetti assistenziali personalizzati. Il raccordo tra politiche sociali e sanitarie consente di dare risposte unitarie all'interno di percorsi assistenziali integrati, con il coinvolgimento e la valorizzazione di tutte le competenze e le risorse, istituzionali e non, presenti sul territorio.

L'intesa programmatica tra il sistema sociale e quello sanitario, relativamente a livelli di erogazione, prestazioni e risorse, costituisce l'elemento sostanziale per l'effettiva attuazione dell'integrazione. Altrettanto importante appare la condivisione, tra i due sistemi, di un modello organizzativo-gestionale che preveda, trasversalmente ad ambiti assistenziali e destinatari, la valutazione multidimensionale della persona e la gestione del caso sulla base di un piano di assistenza. L'ambito territoriale di riferimento per l'integrazione sociosanitaria è individuato nel Distretto, ed è soprattutto nella sfera della cronicità e della non autosufficienza, aree in progressiva crescita, che si richiede una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali.

La Regione Lazio, con la L.R. 9 settembre 1996, n. 38, e con il primo Piano socio-assistenziale regionale 1999-2001, ha anticipato per alcuni aspetti la L. 28 novembre 2000, n. 328, e ha recepito, in seguito, la legge di riforma nell'ambito del Piano socio-assistenziale regionale 2002-2004 e nelle linee di indirizzo per i Piani di zona.

Successivamente la D.G.R. 433/2007 e il Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta n. 18 del 5 settembre 2008 hanno indicato le priorità degli interventi e le modalità per la definizione delle risorse.

Il nuovo Patto per la salute 2010-2012, all'articolo 9 stabilisce inoltre che :

- a) anche al fine di agevolare i processi di deospedalizzazione, nelle singole regioni e province autonome la dotazione di posti letto di residenzialità e delle strutture di semiresidenzialità e l'organizzazione dell'assistenza domiciliare per i pazienti anziani e gli altri soggetti non autosufficienti sono oggetto di uno specifico atto di programmazione integrata, in coerenza con le linee prestazionali previste nel vigente DPCM di fissazione dei LEA;
- b) l'ammissione alle varie forme di assistenza residenziale e domiciliare è subordinata alla effettuazione di una valutazione multidimensionale effettuata con gli strumenti valutativi già concordati dalle Regioni con il Ministero, del lavoro, della salute e delle politiche sociali .
- c) con le modalità concordate in sede di Cabina di regia del NSIS sono definitivamente attivati i flussi informativi relativi alle prestazioni di assistenza domiciliare e di assistenza residenziale afferenti al NSIS.

È necessario sostenere i processi di integrazione tra istituzioni attraverso la costituzione della Conferenza regionale per la programmazione sanitaria e sociosanitaria (L. 502/1992 e successive modifiche e integrazioni). Tale Conferenza sarà dotata di un regolamento funzionale, condiviso con gli Enti locali. Le indicazioni relative alle strategie di integrazione emerse dalla Conferenza regionale saranno riprese e attuate dalla Conferenza locale (ASL, Comuni/Municipi) attraverso gli strumenti programmatici del PAL, del Piano attuativo territoriale (PAT) e del Piano di zona (PdZ). A questo scopo si

individua la necessità di definire un Piano per Roma, al fine di integrare e coordinare le azioni dei PAL territoriali (ASL/Municipi), da collegare a quelli della Provincia di Roma in vista dell'attuazione della città metropolitana.

Le sedi di integrazione istituzionale per il governo comune sono il luogo privilegiato di confronto tra le istituzioni e per l'avvio del percorso per la definizione di un budget unico da destinare alle attività sociosanitarie a copertura dell'insieme dei costi sostenuti, indipendentemente dal soggetto che effettivamente eroga la prestazione.

Di seguito sono descritti i principali problemi e le risposte individuate, che costituiscono le linee di azione volte a raggiungere l'obiettivo di sviluppo dell'integrazione sociosanitaria.

### **Problema**

Carenza di informazioni strutturate relative allo stato di attivazione, organizzazione e sviluppo dell'integrazione sociosanitaria nella regione.

### **Risposte**

- Definire e rilevare un set di elementi informativi utili a caratterizzare lo stato delle ASL relativamente all'attuazione dell'integrazione sociosanitaria, a partire dalle indicazioni normative vigenti;
- effettuare una ricognizione delle esperienze più avanzate nel campo dell'integrazione sociosanitaria, a livello nazionale e regionale;
- definire un insieme minimo di dati da rilevare correntemente nei Distretti delle ASL, al fine di verificare il processo di implementazione dell'integrazione sociosanitaria.

### **Problema**

Persistenti difficoltà di raccordo e coordinamento tra i Comuni e le ASL competenti per territorio nella pianificazione e nella realizzazione degli interventi.

### **Risposte**

- Istituire, a livello di ciascuna ASL, una funzione strategica centrale di coordinamento sociosanitario e, a livello di ogni Distretto, in diretto collegamento con il Direttore dello stesso, una funzione specifica per l'integrazione sociosanitaria, facente capo alla figura del Coordinatore sociosanitario di Distretto;
- costituire un gruppo di lavoro permanente regionale con compiti di indirizzo, supporto e monitoraggio degli interventi di integrazione sociosanitaria;
- predisporre linee di indirizzo operative finalizzate a supportare l'attuazione dell'integrazione sociosanitaria in tutti i Distretti delle ASL regionali relativamente a: programmazione, formazione, procedure, strumenti di valutazione, monitoraggio dell'attività;
- individuare e avviare un coordinamento regionale dei soggetti preposti, a livello aziendale, all'attuazione dell'integrazione sociosanitaria;
- promuovere la partecipazione del Terzo settore, del volontariato, delle formazioni di cittadinanza, all'interno di una programmazione integrata e partecipata, finalizzata alla condivisione di obiettivi e priorità d'intervento.

## **Problema**

Criticità a livello locale nella gestione operativa degli interventi pianificati e ritardo nell'impegno dei fondi erogati dalla Regione ai Distretti.

## **Risposte**

- Definire specifici percorsi assistenziali, sulla base di predefiniti criteri di eleggibilità, prestazioni erogabili, ambiti assistenziali coinvolti e relative competenze anche economiche;
- dare concreta attuazione agli accordi di programma già sottoscritti a livello distrettuale e monitorarne l'avanzamento;
- individuare modalità organizzative che garantiscano il raccordo e l'integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari adottando un modello a rete dei servizi;
- analizzare i Piani di zona e i Piani delle attività territoriali, per le sezioni relative all'integrazione sociosanitaria, attraverso una griglia di lettura che ne identifichi le criticità applicative.

## **Problema**

Mancanza di unitarietà degli interventi sociosanitari rispondenti a bisogni assistenziali complessi.

## **Risposte**

- Organizzare progressivamente il Punto unico di accesso integrato sanitario e sociale, inteso quale funzione del Distretto in grado di fornire informazioni e orientamento al cittadino, all'interno di percorsi predefiniti;
- attivare, a livello del Punto unico di accesso, un'unità funzionale di prevalutazione integrata, con utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale standardizzati e di primo livello;
- rafforzare il ruolo delle Unità di valutazione multidisciplinare, con individuazione di un operatore di riferimento che segue le diverse fasi attuative del piano assistenziale;
- sostenere la cooperazione, il mutuo aiuto e l'associazionismo delle famiglie, nonché il ruolo peculiare delle famiglie nella formazione e nella cura della persona, nella promozione del benessere e nel perseguimento della coesione sociale.

### **3.c Centri di assistenza domiciliare, Assistenza domiciliare integrata**

#### **Problemi**

In mancanza di uno specifico sistema informativo, non esistono dati ufficiali sulle attività di **Assistenza domiciliare** della regione. Secondo una recente rilevazione ad hoc, il totale dei pazienti assistiti è di circa 40.000 persone (inclusi coloro che hanno ricevuto prestazioni saltuarie o occasionali), di cui l'88,5% sono anziani. La percentuale di persone assistite in assistenza domiciliare rispetto alla popolazione anziana residente è del 3,65% nell'intera regione, ma varia sensibilmente nelle diverse ASL, passando da un minimo dell'1,8% nella ASL RMB ad un massimo del 7,7% nella ASL di Viterbo. La disponibilità di personale tuttavia varia molto sul territorio regionale. In generale quasi tutte le ASL mostrano una ridotta presenza di terapisti della riabilitazione e assistenti sociali.

In funzione delle peculiarità dell'Assistenza domiciliare è necessario riqualificare i servizi ADI mediante le azioni contenute nelle D.G.R. 325/2008 e 326/2008: la definizione di criteri espliciti di eleggibilità dei pazienti (per l'ingresso o le dimissioni); la definizione delle prestazioni erogabili e delle relative garanzie organizzative; l'implementazione della Valutazione multidimensionale (VMD) e l'adozione di uno strumento di VMD omogeneo a livello regionale nella pratica quotidiana, così come prefigurato dalla D.G.R. 40/2008 (assicurando che ogni richiesta di ADI venga vagliata da un'équipe valutativa multidisciplinare stabilmente insediata con la produzione di un Piano assistenziale individuale – PAI); il coinvolgimento attivo del MMG/PLS nell'intero processo clinico-assistenziale del paziente (dalla VMD alla condivisione del PAI); la disponibilità di tutte le figure professionali necessarie (almeno l'adeguamento agli standard di legge) e loro formazione specifica; la disponibilità di procedure relative a tutte le diverse fasi di analisi, presa in carico e gestione del caso; uno stabile collegamento e coordinamento dei Centri di assistenza domiciliare (CAD) con gli altri comparti assistenziali, di natura sanitaria e sociale; un sistema informativo in grado di fornire elementi utili alla valutazione del servizio, sia in termini di esiti di salute che di natura economica, in linea con quanto disposto nel Decreto del 17 dicembre 2008 da parte del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

Le forti disomogeneità territoriali costituiscono una criticità rilevante per un servizio che si pone come il setting da privilegiare per la gestione di soggetti con fragilità manifeste e/o complessità assistenziali di intensità più o meno elevate.

### **Risposte**

Il forte vincolo posto dal Piano di rientro, che porta a riorientare in modo deciso l'offerta dei servizi a tutela della salute dall'ospedale al territorio, si traduce nella necessità ormai improcrastinabile di avviare una compiuta riqualificazione delle attività in regime di ADI. Essa deve passare in primo luogo per una riorganizzazione dei CAD a partire dal mandato stesso del servizio senza trascurare la necessità di definire a livello regionale e di ASL uno specifico budget di risorse umane, finanziarie e tecnologiche ad esso destinato.

Nei provvedimenti normativi sopra citati si distinguono una serie di prestazioni sanitarie accomunate dalla definizione di "cure domiciliari di tipo prestazionale occasionale o ciclico programmato". Tali prestazioni (prelievi a domicilio anche periodici, cambio catetere, visite specialistiche ecc.) debbono necessariamente essere escluse dalle attività proprie dell'ADI quando richieste al di fuori di un Piano di cura multidisciplinare, anche in vista di quanto previsto al riguardo dal provvedimento di revisione straordinaria dei LEA, mentre andrebbero assicurate attraverso altre agili forme assistenziali. Tale azione libererebbe gli operatori dei CAD dall'erogare prestazioni inappropriate per l'ADI permettendo loro di concentrare gli interventi sui casi effettivamente più complessi, a iniziare da quelli che necessitano di dimissioni protette. Sono elementi indispensabili per tale forma di assistenza: la predisposizione del PAI; un approccio assistenziale erogato attraverso un'équipe multiprofessionale e multidisciplinare che comprende anche operatori sociali; il monitoraggio periodico e la valutazione degli esiti; l'individuazione all'interno dell'équipe multiprofessionale di un responsabile del caso (case manager) che, in collaborazione con il MMG, orienta e coordina gli interventi in base a quanto definito nel PAI. L'ADI, inoltre, dovrebbe essere in grado di garantire interventi fino ad un massimo di 7 giorni su 7 e con una reperibilità medica h 24. Attualmente nessun CAD della nostra regione è in condizione di assicurare direttamente una continuità assistenziale con tale copertura se non affidando a terzi (Centri di servizi privati) la gestione delle situazioni più complesse. Per ovviare a questa grave lacuna, diviene necessario garantire l'adeguamento del personale del CAD

almeno a quei requisiti minimi che la normativa regionale vigente prevede, privilegiando per il raggiungimento di tale obiettivo la mobilità (previa opportuna specifica formazione) dai servizi e reparti ospedalieri in corso di rimodulazione. Inoltre occorre una semplificazione delle procedure di accesso alle forme di assistenza specialistica necessarie soprattutto per la gestione dei soggetti con bisogni assistenziali complessi. Accanto a tale azione, anche l'implementazione dell'uso della telemedicina per il monitoraggio dei soggetti in assistenza con necessità di controllo costante (continuo o subcontinuo) dei parametri vitali consentirebbe un'ottimizzazione delle risorse disponibili. Deve essere inoltre perseguita, coinvolgendo il settore della medicina legale e gli uffici per l'approvvigionamento di beni e servizi, la massima semplificazione possibile per l'erogazione di ausili e protesi non personalizzati necessari all'attuazione dei PAI, non solo implementando la facoltà dei medici del CAD di poter essere prescrittori, ma assicurando forme di erogazione diretta di quanto necessario da parte della ASL. La Regione inoltre si impegna, nel triennio di vigenza del Piano, a mettere a punto, quale strumento per il governo dell'assistenza domiciliare, uno specifico sistema informativo, come previsto nel Decreto del 17 dicembre 2008 da parte del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

Sarebbe auspicabile che, per le esigenze di assistenza routinaria lieve, i servizi di assistenza domiciliare predisponessero brevi corsi di addestramento all'assistenza per i familiari o le badanti.

### **3.d Assistenza intermedia (Presidi territoriali di prossimità, Residenze sanitarie assistenziali, Hospice)**

Come già evidenziato, la transizione epidemiologica, fortemente determinata dai mutamenti demografici in corso, impone in modo ormai improrogabile il riorientamento dell'intera offerta assistenziale, volta non solo ad assicurare adeguate risposte agli eventi acuti correlati all'aumento della prevalenza e dell'incidenza di patologie cronicodegenerative, ma soprattutto a garantire efficaci strategie preventive e pro-attive (*chronic care model*), assicurando altresì l'attivazione di presidi assistenziali che consentano di affrontare e gestire, in un'ottica di continuità delle cure, le problematiche di salute connesse agli esiti già manifesti della cronicità.

In ragione del processo di riduzione dell'offerta ospedaliera in termini di ricoveri ordinari per acuti, occorre che la riqualificazione dell'offerta dell'assistenza intermedia sia il più possibile contestuale a tale processo.

Si è già affermata l'importanza della continuità assistenziale e dell'adozione di Piani assistenziali individualizzati (PAI). Poiché un punto di estrema sofferenza del sistema assistenziale è rappresentato dai casi di particolare complessità e intensità assistenziale (ad esempio, nutrizione artificiale, ventilazione meccanica assistita, assistenza palliativa), si sottolinea la necessità che ciascuna ASL garantisca – anche attraverso il ricorso a servizi centralizzati a livello aziendale per l'organizzazione clinico-assistenziale (sul modello delle UO per la nutrizione artificiale) – percorsi di qualificazione professionale, strumenti di informazione, documentazione e valutazione. Occorrerà in tale ambito predisporre e attuare un attento sistema di documentazione e di valutazione fra cui i Registri di patologia quale quello dei soggetti in dialisi, nonché sistemi di monitoraggio delle prestazioni e degli esiti, e adeguati sistemi in quanto è necessario valutare se lo sforzo notevole di potenziamento di queste forme di assistenza si traduce in risultati concreti relativi a risparmio e

miglioramento della qualità della vita. Si richiama inoltre il rigore nella definizione dei sistemi di accreditamento per le strutture che operano nell'ambito delle cure intermedie.

#### **PRESIDI TERRITORIALI DI PROSSIMITA' - PTP –**

L'aumento di bisogni assistenziali "a lungo termine" implica problemi importanti sui costi che il sistema sanitario deve affrontare per l'assistenza a persone con patologie croniche.

In questa situazione, la necessità di fornire risposte appropriate alla domanda di salute, espressa soprattutto dagli anziani, implica l'attivazione di nuove forme assistenziali, rispetto a quelle offerte tradizionalmente dagli ospedali per acuti.

Per rendere i servizi territoriali in grado di svolgere tale ruolo, è necessaria una trasformazione importante del quadro attuale, con modifiche organizzative e culturali impostate sulla centralità della persona e non della patologia, basate sull'integrazione dell'assistenza primaria e intermedia e di queste con quella ospedaliera, con la creazione di percorsi incentrati sulla continuità assistenziale, e che prevedono un maggiore coinvolgimento di figure professionali e delle istituzioni che sono più vicine al paziente, in termini di accesso territoriale, sociale e culturale.

Su queste basi, la Regione Lazio propone l'introduzione di un nuovo ambito assistenziale a livello distrettuale, i Presidi territoriali di prossimità (PTP), strutture a vocazione multifunzionale e a gestione multiprofessionale (con particolare valorizzazione della figura dell'infermiere-case manager) destinate a trattare persone affette da patologie cronico-degenerative in fase non acuta e con esigenze diversificate, che in passato afferivano alla tradizionale degenza ospedaliera. Il PTP garantisce, quale elemento innovativo, l'assistenza in regime residenziale di natura medico-infermieristica di quei soggetti che, spesso appartenenti alle fasce più deboli della popolazione (anziani, fragili), sono affetti da riacutizzazione di patologie croniche che non necessitano di terapie intensive o di diagnostica a elevata tecnologia e che non possono, per motivi sia di natura clinica sia sociale, essere adeguatamente trattati a domicilio. Il PTP favorisce l'integrazione dei servizi sanitari e sociali, e valorizza il ruolo del Medico di medicina generale e degli altri professionisti che operano nell'area delle cure primaria e intermedia. Tale ambito assistenziale si colloca a pieno titolo nella rete dei servizi territoriali ed è da considerarsi quale "domicilio allargato".

La tipologia di assistenza erogata dai PTP possiede, pertanto, caratteristiche intermedie tra il ricovero ospedaliero e le altre risposte assistenziali domiciliari (ADI) o residenziali (RSA), alle quali non si pone in alternativa, ma piuttosto in un rapporto di forte integrazione e collaborazione, rappresentando uno snodo fondamentale della rete di assistenza territoriale. All'interno dei PTP dovrebbero dunque svolgersi, in forma integrata anche con i servizi sociali, le attività di assistenza domiciliare, le funzioni specialistiche territoriali e le attività di promozione della salute/prevenzione.

Per quanto riguarda il rapporto con la post-acuzie ospedaliera, il PTP tratta una casistica differente, di assistiti dimessi da reparti per acuti o proveniente dal domicilio, con problematiche di tipo prevalentemente assistenziale e finalizzata al recupero dell'autonomia in tempi brevi (15-20 giorni). Tale attività è mirata anche a rendere più appropriata la degenza nel setting della post-acuzie.

Di seguito vengono descritti obiettivi, funzioni, organizzazione e fabbisogno dei PTP.

Si è detto che i Presidi territoriali di prossimità (PTP) sono strutture a vocazione multifunzionale e a gestione multiprofessionale (con particolare valorizzazione della figura dell'infermiere-case manager) destinate a trattare persone



affette da patologie cronico-degenerative in fase non acuta e con esigenze diversificate, che in passato afferivano alla tradizionale degenza ospedaliera. Perno del PTP sono le Unità operative di degenza, che assistono quei soggetti, spesso appartenenti alle fasce più deboli della popolazione (anziani, fragili), affetti da riacutizzazione di patologie croniche che non necessitano di terapie intensive o di diagnostica a elevata tecnologia e che non possono, per motivi sia di natura clinica sia sociale, essere adeguatamente trattati a domicilio. Il PTP favorisce l'integrazione dei servizi sanitari e sociali, e valorizza il ruolo del Medico di medicina generale e degli altri professionisti che operano nell'area delle cure primarie e intermedie. Tale ambito assistenziale si colloca a pieno titolo nella rete dei servizi territoriali ed è da considerarsi quale "domicilio allargato".

Di seguito vengono rappresentati obiettivi, funzioni e organizzazione dei PTP nonché il fabbisogno per ASL di tali strutture.

### **Obiettivi**

1. Ridurre i ricoveri ospedalieri inappropriati fornendo un'alternativa di cura e assistenza per pazienti post-acuti o per soggetti con patologie cronico-degenerative in fase di riacutizzazione.
2. Ridurre giornate di degenza ospedaliera inappropriate, attraverso il monitoraggio dello stato clinico generale dei pazienti con patologie cronico-degenerative e consolidando i risultati terapeutici ottenuti nel reparto ospedaliero per acuti, prevenire le complicanze e favorire il recupero dell'autonomia, in un'ottica di rientro a domicilio, o di ricorso a forme assistenziali territoriali.
3. Limitare gli ingressi a carattere definitivo in strutture residenziali, legati all'insorgenza di difficoltà familiari e sociali o alle difficoltà di gestione delle mutate condizioni fisiche e funzionali dell'anziano dopo un'evenienza acuta.
4. Favorire l'integrazione tra strutture ospedaliere e territoriali e la condivisione di risorse umane e tecnologiche.

### **Funzioni**

Le funzioni complessive del PTP possono essere così riassunte:

- direzione sanitaria esercitata da un dirigente medico di Distretto ad essa preposto;
- degenza nelle 24 ore, con presenza h 24 di personale di assistenza infermieristica e assistenza medica prestata, secondo specifici accordi, da medici di medicina generale, o al bisogno da medici specialisti e medici della continuità assistenziale (reperibilità h 24);
- Unità territoriali di assistenza primaria (UTAP) o altre forme di aggregazione dei MMG e PLS;
- punto unico di accesso integrato con i servizi sociali dell'Ente locale;
- specialistica ambulatoriale, con la presenza e reperibilità di medici specialisti ambulatoriali, e eventualmente ospedalieri nelle 12 ore, con particolare riferimento alle branche di cardiologia, pneumologia, diabetologia, neurologia/geriatria (finalizzate all'attivazione di specifici percorsi di cura);
- assistenza domiciliare integrata;
- centro diurno per anziani fragili;
- attività diagnostiche di base disponibili anche per il territorio (radiologia e laboratorio/punto prelievi);

- distribuzione di farmaci, collegata al servizio farmaceutico aziendale e alle farmacie del territorio;
- postazione 118 (o collegamento funzionale) e continuità assistenziale.

All'interno del PTP possono essere attivati, in funzione del bisogno espresso dalla popolazione di riferimento, RSA, anche articolate in nuclei, e Hospice.

Potranno essere inoltre previste altre attività, nel rispetto delle opportune garanzie assistenziali e di sicurezza dei pazienti, quali ad esempio funzioni di day hospital e day surgery, nonché day service ambulatoriale.

### **Aspetti strutturali, tecnologici, organizzativi**

Il PTP dovrà rispettare i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dalla D.G.R. n. 424/2006 per l'Ospedale di comunità e per ogni altra tipologia di servizi attivata e quelli ulteriori previsti dal processo di accreditamento.

### **Aspetti organizzativi del PTP**

Il PTP è parte integrante della rete dei servizi territoriali ed è posto sotto la responsabilità del Direttore di Distretto. Le funzioni di direzione sanitaria sono svolte da un medico dirigente del Distretto. La responsabilità clinica del paziente è affidata al medico, preferibilmente al medico di medicina generale, mentre la responsabilità del piano assistenziale è a carico del personale infermieristico, che gestisce direttamente il paziente, fornendo prestazioni di differente peso assistenziale in tutte le fasce orarie. In questo specifico contesto assistenziale l'infermiere è chiamato a svolgere una funzione di case management, strategica per l'impianto del PTP e, quindi, particolarmente importante per la pianificazione e la gestione degli ambiti territoriali che fanno riferimento al PTP stesso.

Di seguito sono descritti in dettaglio ruolo, responsabilità e inquadramento organizzativo delle figure professionali coinvolte nella gestione dei PTP, con particolare riferimento all'Unità operativa a gestione infermieristica.

### **Dirigente medico di Distretto**

- a. È responsabile della struttura per gli aspetti igienico-sanitari e, in collaborazione con l'infermiere coordinatore, per quelli organizzativi e gestionali;
- b. cura l'applicazione del regolamento interno (previsto dalla D.G.R. n. 424/2006) sull'ordinamento e sul funzionamento dell'attività di ricovero;
- c. vigila sulla regolare compilazione e tenuta dell'archivio clinico e del registro delle presenze dei pazienti e delle liste di attesa;
- d. organizza con l'infermiere dirigente di Distretto la rete delle figure professionali necessaria alla realizzazione del PAI;
- e. è responsabile del personale dipendente assegnato e coordina il personale a convenzione e aderente ad associazioni di volontariato;
- f. visiona la scheda di dimissione dei pazienti che è firmata dal MMG, che ne ha la responsabilità clinica, e dal coordinatore infermieristico che è responsabile del percorso assistenziale e della sua attuazione;
- g. rilascia agli aventi diritto, in base ai criteri stabiliti dall'Amministrazione, copia delle cartelle cliniche;

- h. vigila, secondo la normativa vigente, sulla corretta detenzione e somministrazione delle sostanze stupefacenti o psicotropiche;
- i. vigila sulla gestione del servizio farmaceutico e sulle scorte dei medicinali e degli altri presidi terapeutici;
- j. cura l'osservanza delle disposizioni concernenti la polizia mortuaria;
- k. è responsabile del debito informativo.

#### **Dirigente infermieristico di Distretto**

- a. È responsabile della definizione dei carichi di lavoro individuando il fabbisogno di personale e le competenze specifiche;
- b. individua metodi e criteri per il reclutamento e la selezione del personale;
- c. definisce in collaborazione con il coordinatore del PTP il piano di lavoro;
- d. assicura il supporto e fornisce consulenza per la costruzione e implementazione di linee guida e protocolli, secondo le migliori evidenze scientifiche disponibili (EBM);
- e. attiva sistemi per identificare, prevenire e ridurre gli "eventi avversi" relativi all'erogazione delle prestazioni assistenziali;
- f. in sinergia con il medico dirigente di Distretto definisce:
  - il profilo della dotazione tecnologica e strumentale del presidio;
  - gli obiettivi, i criteri e gli indicatori per la valutazione degli esiti dell'attività di degenza territoriale;
  - la continuità dei percorsi assistenziali nell'ambito distrettuale;
  - la flessibilità nell'uso delle risorse tecnologiche;
  - l'elaborazione di strumenti di misurazione dei costi delle attività svolte nel PTP;
- g. insieme al direttore sanitario e al coordinatore infermieristico firma la scheda di dimissione;
- h. è responsabile dell'aggiornamento e della formazione permanente del personale del comparto.

#### **Infermiere coordinatore**

- a. È responsabile sotto il profilo organizzativo e gestionale di tutto il personale infermieristico e tecnico assegnato funzionalmente alla struttura;
- b. sentiti i medici curanti, organizza e coordina le consulenze specialistiche e gli interventi di diagnostica strumentale;
- c. attiva, al bisogno, il servizio di emergenza-urgenza territoriale (tramite la centrale operativa del 118) delegando, in sua assenza, il personale infermieristico;
- d. attiva per le situazioni di urgenza il Medico di medicina generale o il servizio di continuità assistenziale, secondo quanto previsto dall'ACN per la Medicina generale e, in sua assenza, delega altro dipendente infermieristico;
- e. è responsabile del Piano assistenziale individuale (PAI) che redige in collaborazione con il Medico di medicina generale coinvolgendo il personale infermieristico, tecnico e altre figure professionali o del volontariato per gli eventuali e specifici impegni di competenza;

- f. provvede alla verifica e valutazione periodica dell'attuazione e dell'efficacia del Piano assistenziale individuale, in collaborazione con il Medico di medicina generale proponendo eventuali modifiche e correttivi;
- g. sentito il medico curante, concorda con l'infermiere "gestore del caso" la dimissibilità del paziente;
- h. insieme al medico curante firma la scheda di dimissione;
- i. è responsabile dell'approvvigionamento di tutto il materiale necessario per il corretto funzionamento del PTP;
- j. è responsabile della corretta conservazione e gestione dei farmaci;
- k. è responsabile della tenuta del registro di carico e scarico delle sostanze stupefacenti e psicotropiche in conformità a quanto disposto dalla normativa;
- l. è responsabile della tenuta dell'archivio delle cartelle cliniche e infermieristiche, nonché della lista di attesa;
- m. controlla le operazioni di sanificazione degli ambienti;
- n. partecipa alle riunioni periodiche stabilite dal dirigente medico di Distretto e indice, quando ne rilevi la necessità, riunioni con il personale infermieristico e tecnico;
- o. promuove e partecipa all'organizzazione dei programmi di aggiornamento del personale infermieristico e tecnico.

**Medico (MMG o altro medico come da protocollo ASL)**

- a. È responsabile degli aspetti clinici del paziente assistito nell'unità di degenza, in conformità con l'ACN per la Medicina generale;
- b. assicura gli accessi programmati in conformità a quanto previsto dal PAI; gli accessi dovranno essere effettuati in stabilite fasce orarie che garantiscano la presenza medica sia al mattino che al pomeriggio, dal lunedì al sabato mattina compreso;
- c. richiede le consulenze specialistiche e le attività di diagnostica strumentale ritenute opportune;
- d. predispose per la parte clinica il Piano assistenziale individuale e provvede alla verifica e valutazione periodiche della sua attuazione ed efficacia in collaborazione con l'infermiere coordinatore;
- e. autorizza il personale infermieristico, preferibilmente via fax o telefonicamente con la registrazione della chiamata, a somministrare ai propri pazienti, in situazioni di urgenza, e sulla base di specifici protocolli validati dalla direzione sanitaria aziendale, la seguente tipologia di farmaci: antiallergici, antibiotici, antidolorifici, antipiretici, antispastici, cortisonici, diuretici; il Medico di medicina generale, nell'accesso successivo, trascrive sulla cartella clinica la prescrizione terapeutica di cui sopra; tale modalità viene concordata per iscritto con il Dirigente medico di Distretto da parte di tutti i Medici di medicina generale che utilizzano la struttura;
- f. unitamente all'infermiere coordinatore segue il decorso clinico del paziente con aggiornamento della cartella clinica e infermieristica;
- g. valuta, con l'infermiere coordinatore, le condizioni di eleggibilità dei pazienti al momento dell'ammissione e i requisiti per la dimissione, ciascuno per i propri ambiti di competenza.

L'eventuale regolamentazione operativa di questi aspetti dovrà essere comunque definita attraverso la concertazione locale tra ASL e le Associazioni di categoria.

La continuità dell'assistenza viene garantita attraverso il coinvolgimento dei medici della continuità assistenziale (guardia medica), con la presa in carico dalle 20.00 alle 8.00 di tutti i giorni, dalle ore 10.00 del sabato alle ore 8.00 del lunedì e dei giorni prefestivi e festivi.

Nel caso in cui il PTP sia attivato all'interno di un Presidio ospedaliero, gli interventi in urgenza sono garantiti dai medici ospedalieri. Negli altri casi, il collegamento con il sistema dell'emergenza-urgenza 118 permetterà di trasferire il paziente critico al pronto soccorso più vicino.

### **Dotazione organica dell'Unità di degenza**

Per un modulo di 15 letti, dovranno essere garantite le seguenti figure professionali:

- 1 infermiere coordinatore;
- 5 unità Infermieri (organico base);
- 7 O.S.S. (organico base);
- 1 tecnico della riabilitazione (in condivisione con altri servizi);
- 1 assistente sociale (in condivisione con altri servizi);
- medici specialisti a consulenza.

### **Durata del ricovero**

La persona accolta nella struttura viene di norma dimessa entro il 15° giorno, salvo casi motivati in cui la degenza può protrarsi fino a 20 giorni. Tale periodo è da ritenersi congruo e sufficiente, secondo evidenze scientifiche e prassi medica, a valutare le condizioni cliniche o di rischio della persona interessata e a risolvere i problemi che hanno determinato il ricovero, consentendo il rientro al proprio domicilio, inserendo il paziente in un percorso ADI, o prevedendo il suo accoglimento in strutture residenziali.

### **Prestazioni**

Oltre alle visite del Medico di medicina generale (o altro medico ASL) e alle prestazioni di natura infermieristica, le prestazioni garantite nella degenza del PTP sono assimilabili a quelle usufruibili a livello di specialistica ambulatoriale attraverso gli ambulatori specialistici del Distretto.

Per i farmaci necessari alle terapie individuali il Medico di medicina generale utilizza la prescrizione in analogia alle modalità previste per l'assistenza a domicilio.

Sono messi a disposizione dal Distretto i farmaci a erogazione diretta, le trasfusioni e gli emoderivati, i farmaci per terapie di particolare impegno (fuori prontuario), i farmaci e gli ausili NAD. Sono messi inoltre a disposizione e a carico della struttura i farmaci salvavita (definiti in un apposito elenco).

Nell'ambito della commissione del Prontuario terapeutico ospedaliero, sarà istituito un apposito nucleo per la definizione del prontuario terapeutico regionale relativo ai PTP.

I farmaci in fascia C inseriti nel prontuario terapeutico saranno erogati gratuitamente. Per i farmaci ad esclusiva distribuzione ospedaliera, in particolare i principi attivi rientranti nella categoria H1, si prevede l'erogazione tramite

apposita prescrizione dello specialista ospedaliero, mentre per il gruppo H2 verranno applicate delle procedure di continuità tra ospedale e territorio.

### **Criteri di eleggibilità, di priorità, modalità di ammissione e dimissione**

L'ammissione alla struttura dovrà essere riservata a persone anagraficamente residenti in Comuni o Municipi della ASL di riferimento.

I soggetti per i quali sarà formulata la proposta di ricovero saranno valutati, tramite appositi strumenti, sia sotto il profilo dell'eleggibilità (secondo i criteri di seguito specificati), che riguardo al potenziale carico assistenziale, quest'ultimo distinto in tre classi: di base, medio ed elevato.

La suddivisione del carico assistenziale in classi di peso differente consentirà, oltre ad una più fine valutazione delle attività della degenza, anche alla formulazione di tariffe differenziate.

### **Criteri di eleggibilità**

Da un punto di vista generale la popolazione target della degenza in PTP è rappresentata da soggetti affetti da patologie cronico-degenerative in fase post-acuta e in progressiva stabilizzazione o in fase di parziale riacutizzazione, caratterizzati da relativa stabilità clinica e da necessità assistenziali medio-elevate, comportanti monitoraggio permanente in regime residenziale (ad esempio modificazione della terapia, fasi di scompenso non grave, fase post-dimissione in assenza di possibilità temporanea di adeguato supporto domiciliare).

L'ammissione alla degenza in PTP è riservata alle seguenti tipologie di pazienti:

- pazienti senza limiti di età con inquadramento diagnostico definito, terapia impostata e in condizioni di relativa stabilità clinica in dimissione dai reparti ospedalieri, per i quali è necessario prevedere un ulteriore, anche se temporaneo, periodo di residenzialità poiché necessitanti di un'assistenza sanitaria di intensità medio-alta;
- pazienti senza limiti di età con inquadramento diagnostico definito, temporaneamente non assistibili a domicilio, a causa della mancanza di un adeguato supporto di tipo sociale, in relazione alla complessità clinico-assistenziale richiesta, e/o necessitanti di un approfondimento diagnostico residuale;
- pazienti senza limiti di età in carico ai servizi territoriali in assistenza domiciliare che necessitano temporaneamente di un'assistenza di intensità medio-alta non gestibile a domicilio per un aggravamento delle condizioni sanitarie;
- pazienti senza limiti di età in carico ai servizi territoriali in assistenza domiciliare nei quali l'aumento di intensità assistenziale non possa essere temporaneamente garantito a domicilio per ragioni di tipo familiare e sociale;
- nel caso di pazienti in età pediatrica sarà previsto un ambiente di degenza riservato ad essi e ad eventuali famigliari.

Sono di seguito elencate alcune condizioni esemplificative, ma non esaustive, di un appropriato ricorso al ricovero in PTP:

- pazienti affetti da patologie croniche (cardiovascolari, respiratorie, altro) in fase di riacutizzazione comportante una temporanea non autosufficienza;
- pazienti con patologie che necessitino di controlli ravvicinati in relazione al quadro clinico e abbiano grave difficoltà di accesso alla diagnostica ambulatoriale (ad es. insufficienza cardiaca di grado avanzato,

insufficienza respiratoria con limitazione funzionale, arteriopatie obliteranti degli arti inferiori, artropatie degli arti inferiori con limitazione funzionale, malattie neurologiche che non necessitano di ausili per il mantenimento delle funzioni vitali);

- pazienti con gravi limitazioni della mobilità che necessitano di controlli e di interventi assistenziali complessi;
- pazienti non autosufficienti per malattie acute temporaneamente invalidanti (ad es. forme respiratorie).

Sono esclusi dal ricovero in PTP pazienti affetti da patologie acute che necessitino di cure intensive o che richiedano un elevato impegno specialistico e/o tecnologico.

Non sono presi in considerazione problemi di natura psichiatrica o oncologica in fase terminale, in quanto di pertinenza di strutture specifiche già attive nel territorio (Hospice, strutture psichiatriche).

### **Modalità di ammissione**

Sono previste le seguenti modalità di ammissione e valutazione del paziente:

- a. il ricovero in degenza PTP è sempre programmato e finalizzato alla risoluzione di un problema sanitario attraverso la predisposizione di interventi di carattere clinico-assistenziale;
- b. il trasferimento in degenza PTP viene richiesto dal Medico di medicina generale se il paziente si trova al proprio domicilio in assistenza domiciliare (assistenza programmata o integrata), oppure dal medico ospedaliero, previa informazione del MMG, qualora il paziente sia ricoverato presso un ospedale per acuti;
- c. per stabilire l'effettiva eleggibilità e per quantificare il bisogno assistenziale del soggetto si procede ad una valutazione multidimensionale con opportuni strumenti che tengano in considerazione i già menzionati requisiti necessari all'ammissione. Nel caso che il paziente si trovi al proprio domicilio la valutazione viene svolta dall'infermiere coordinatore del PTP e dal medico del CAD sentito il parere del medico curante. Nel caso di trasferimento da ospedale per acuti, la valutazione, eseguita nel reparto di provenienza, viene effettuata dall'infermiere coordinatore del PTP e dal medico ospedaliero sentito il parere del medico curante;
- d. in seguito alla valutazione si provvede, da parte dell'infermiere coordinatore e del MMG, alla formulazione del Piano di assistenza individuale (PAI), sulla base delle necessità assistenziali e delle condizioni cliniche del paziente, stabilendo gli obiettivi del ricovero secondo il programma di assistenza.

L'infermiere, attraverso il governo dell'assistenza, deve svolgere una funzione di garanzia di qualità e dell'appropriato utilizzo della degenza di prossimità, agevolando i percorsi assistenziali intra ed extra PTP del paziente.

Il paziente e i suoi familiari sono messi a conoscenza del piano di assistenza e dei trattamenti previsti tramite un apposito modulo di consenso informato, che deve essere firmato dall'interessato o, nel caso di impossibilità, da un tutore o da un suo delegato.

### **Criteri di priorità**

Al fine di gestire eventuali liste di attesa, si stabiliscono i seguenti criteri di priorità per l'accesso alla degenza in PTP, basati sulla valutazione di variabili individuali, ognuna delle quali è associata ad un punteggio.

La somma dei punteggi rilevati determina la graduatoria di accesso. A parità di punteggio si terrà conto della data della richiesta di ricovero.

Variabili individuali	Punteggio
Provenienza da ospedale per acuti	5
Provenienza da assistenza domiciliare	3
Necessità assistenziali (scala ADL)*	0-5
Assenza di supporto familiare	2

\* Intervallo derivante dall'applicazione della scala ADL (CA InterRai©).

### **Modalità di dimissione**

Il paziente ricoverato presso la degenza PTP verrà dimesso a seguito del raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano assistenziale individuale, oppure trasferito ad altro ambito assistenziale, qualora questo risulti più adeguato. La dimissione sarà concordata tra il MMG e l'infermiere coordinatore. Il MMG stabilisce la compatibilità clinica delle condizioni del paziente e l'infermiere quella con il setting assistenziale di destinazione (esempio domicilio, ADI, RSA). Il MMG consegna al paziente ricoverato una relazione sintetica contenente informazioni sul programma eseguito durante la degenza e la terapia in atto alla dimissione; l'infermiere cura la parte di relazione relativa al programma eseguito durante la degenza, comprensivo di valutazione del peso assistenziale all'ingresso e alla dimissione, a cui aggiungere eventuali suggerimenti necessari al proseguimento del programma a domicilio o presso altra struttura.

### **Strumenti e modalità di valutazione del carico assistenziale e per la definizione del PAI**

Si ritiene opportuno la sperimentazione di strumenti di valutazione orientati al carico assistenziale, al fine di suddividere i bisogni assistenziali in:

- bisogni di assistenza infermieristica che comprendono l'insieme delle variabili cliniche, tecniche e organizzative;
- bisogni di assistenza alla persona che fanno riferimento tanto all'autonomia del paziente quanto alla sua sfera cognitivo-relazionale.

La rilevazione del peso assistenziale classifica così i pazienti in relazione all'intensità del bisogno, a cui viene assegnato un diverso valore teorico che permette di specificare, oltre al peso complessivo del paziente, anche l'ambito e la funzione espressione del bisogno.

### **Strumenti per la raccolta dati e sistema informativo**

Per quanto attiene alle attività dell'unità di degenza, la raccolta dei dati amministrativi e clinico-assistenziali della degenza in PTP sono di seguito elencati:

- scheda di valutazione multidimensionale per la verifica dei criteri di eleggibilità e la stima del carico assistenziale;
- cartella clinica e infermieristica integrata, riportante la diagnosi di ingresso, di dimissione e comprensiva di strumento per la rilevazione del bisogno assistenziale e scheda amministrativa;
- piano assistenziale individuale, contenente gli obiettivi assistenziali con il relativo programma di intervento;
- modulo di consenso informato;



- scheda di dimissione, contenente le informazioni amministrative, assistenziali e cliniche finalizzate ad alimentare lo specifico flusso informativo.

Attualmente è in sperimentazione uno specifico sistema informativo presso l'unità di degenza di un PTP; sulla base dei risultati di tale sperimentazione, Laziosanità-ASP provvederà a implementarlo.

Data la peculiarità della Regione Lazio, caratterizzata dalla presenza dell'area metropolitana della capitale, si prevede che l'attivazione dei PTP avvenga con modalità strutturali, organizzative e funzionali flessibili, demandate a ciascuna ASL, privilegiando la riconversione di strutture pubbliche e nel rispetto dei requisiti minimi sopra elencati.

Nel collegato Piano di "Riquilibratura della rete ospedaliera e potenziamento dell'offerta territoriale nella Regione Lazio" allegato al Decreto del Commissario ad Acta n. 43 del 17 novembre 2008, cui si rimanda per ogni dettaglio operativo, è definito un cronoprogramma per l'attivazione di Presidi territoriali di prossimità sia presso le strutture ospedaliere in fase di riconversione sia presso altre strutture individuate dalla pianificazione delle ASL a seguito dell'approvazione della D.G.R. n. 420/2007.

Il nuovo Patto per la salute 2010-2012, ed in particolare la riduzione complessiva e la rimodulazione dei posti letto ospedalieri, influirà necessariamente sulla rete di PTP da istituire nella Regione Lazio attualmente definita come segue.

### Fabbisogno di PTP nel Lazio

Essendo tale forma di assistenza del tutto innovativa, il fabbisogno è stato calcolato tenendo conto della possibilità di offrire questo livello di assistenza con modalità quanto più prossime possibile al cittadino e valutando le strutture presenti nel territorio, aventi idonee caratteristiche, disponibili nell'immediato o nel breve-medio termine.

ASL RMA	PTP Previsti n. 33	Posti letto
	Distretto A1: Riconversione dell'Ospedale S. Giacomo in servizi al territorio	15
	Distretto A1: Nuovo Regina Margherita	10
	Distretto A4: Montesacro-Talenti, Villa Tiberia	12
RMB	Distretto B2: Presidio Territoriale presso il poliambulatorio di via Bresadola	10
	Distretto B2: Realizzazione di un Presidio Territoriale in via Tor Tre Teste	
	Distretto B4: Presidio Territoriale presso il poliambulatorio di via Antistio	10
RMC	Distretto C11: Realizzazione di un Presidio Territoriale presso il CTO – lavori di ristrutturazione	15
	Distretto C12: Presso la CdC Chirurgia Addominale all'EUR	15
	Distretto C12: Realizzazione di un Presidio Territoriale presso il S. Eugenio – lavori di ristrutturazione	15
RMD	Distretto D2: Realizzazione di un Presidio Territoriale in Piazza Botero – nuova costruzione	
	Distretto D3: Presso ospedale Di Liegro	15
	Distretto D4 : Presidio Territoriale di Ostia presso l'Ospedale Grassi	20
RME	Distretto 17: Riconversione dei posti letto presso l'Ospedale Oftalmico	
	Distretto 18: Villa Morelli	10
	Distretto 19: Realizzazione di un Presidio Territoriale in via di Boccea,271,- nuova costruzione	15
RMF	Distretto F2: Presidio Territoriale di Ladispoli	10
	Distretto F4, Capena	10
	Distretto F4: Presidio Territoriale di Campagnano	

<b>RMG</b>	Distretto G1: Presidio Territoriale di Palombara Sabina	
	Distretto G4: Presidio Territoriale presso l' Ospedale di Subiaco	15
	Distretto G5: Presidio Territoriale presso l'Ex-Ospedale di Zagarolo	
<b>RMH</b>	Distretto H1: Presidio Territoriale presso Rocca Priora	20
	Distretto H2: Presidio Territoriale presso l'ex Ospedale Spolverini di Ariccia	15
	Distretto H3: Presidio Territoriale presso Ospedale di Marino	15
<b>FROSINONE</b>	Distretto FRC: Presidio Territoriale presso l'ex Ospedale Civile di Ceccano	20
	Distretto FRC: Presidio Territoriale presso Atina	10
	Distretto FRC: Ceprano	10
<b>LATINA</b>	Distretto LT: Presidio Territoriale presso l'Ospedale di Priverno	20
	Distretto LT1: Villa Silvana	15
	Distretto LT5: Ospedale di Gaeta	15
	Distretto AC: Presidio Territoriale presso l'Ospedale di Cori	
	Distretto AC: Presidio Territoriale presso il Poliambulatorio di Aprilia	
	Distretto ML: Presidio Territoriale presso l'Ospedale di Sezze	
<b>VITERBO</b>	Distretto FG: Presidio Territoriale presso l'Ospedale di Minturno	
	Distretto VT1: Presidio Territoriale presso l'Ospedale di Montefiascone	10
	Distretto VT2: Presidio Territoriale presso Canino e Montalto di Castro	15
	Distretto VT3: Presidio Territoriale presso l'Ospedale di Acquapendente	10
	Distretto VT4: Vetralla Presso l'Ospedale di Ronciglione	15 15
<b>RIETI</b>	Distretto RI2: Presidio Territoriale presso l'Ospedale di Magliano Sabina	10
	Distretto RI2: Presidio Territoriale presso l'Ospedale di Poggio Mirteto	
	Distretto RI 3: Salario	6
	Distretto RI 4: Valle del Salto	10
	Distretto RI5: Presidio Territoriale presso l'Ospedale di Amatrice	4
<b>TOTALE</b>		432

Per quanto riguarda la stima dei costi, è stato individuato un costo medio per giornata di degenza pari a 170 euro, da sottoporre a verifica entro giugno 2010. Tale costo comprende il personale e beni e servizi. Per un maggiore dettaglio, comprensivo dei costi di avvio delle strutture individuate, si rinvia allo specifico piano attuativo per la realizzazione dei PTP, che la Regione si impegna a emanare entro 9 mesi dall'approvazione del presente Piano.

La Regione si impegna inoltre, al termine del triennio, a compiere una valutazione complessiva e ad attivare eventuali altre strutture in aree territoriali le cui caratteristiche demografiche e geografiche lo giustificano.

## **RSA – UN MODELLO DA RIQUALIFICARE E POTENZIARE**

### **Problemi**

Le Residenze sanitarie assistenziali (RSA) sono state istituite con l'articolo 20 della legge 67 del 1998 con la finalità di fornire ospitalità e prestazioni sanitarie, socioassistenziali, di recupero funzionale e di inserimento sociale, nonché di prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale per patologie croniche nei confronti di persone non autosufficienti,

non assistibili a domicilio, che non necessitano di ricovero in strutture di tipo ospedaliero o di riabilitazione di tipo intensivo. Attualmente nel Lazio le RSA sono divenute strutture nelle quali gli ospiti, con un'età media superiore agli 80 anni, finiscono per risiedere fino al decesso, oltrepassando i limiti temporali medi di assistenza previsti dalla normativa. Una recente indagine (2007) ha posto in evidenza come oltre il 74% degli ospiti risieda in RSA da più di 6 mesi e, di questi, più della metà vi permanga da oltre due anni. La complessità assistenziale è molto articolata e variabile: il 69% degli ospiti presenta una forma di deterioramento cognitivo medio o grave e il 56,6% presenta un carico assistenziale complessivo "impegnativo" o "molto impegnativo"; per contro, il 14,3% non presenta deficit funzionali di rilievo. Inoltre, nelle strutture ove non è presente un medico a copertura delle 24 ore, si registra un tasso di ricoveri ospedalieri quasi doppio rispetto alle strutture che garantiscono una qualche forma di guardia medica interna. L'attuale suddivisione delle RSA in rigidi livelli assistenziali e la conseguente modulazione della tariffazione in funzione di essi poco si coniuga con il case-mix assistenziale presente nelle strutture e l'effettivo assorbimento di risorse da esso generato.

Altra funzione attualmente disattesa da parte delle RSA è proprio quella semiresidenziale; infatti già secondo la normativa regionale vigente dovrebbe essere pari al 10% dell'offerta dei posti residenziali mentre attualmente è meno dello 0,2% e limitata ad una sola RSA. I collegamenti funzionali con i servizi territoriali sono quasi ovunque insufficienti e per lo più limitati all'azione di verifica in funzione della concessione di proroga da parte del CAD territorialmente competente. Complessivamente nel Lazio non si raggiunge lo standard di 25 p.l. per 1.000 residenti ultrasettantacinquenni, inoltre la distribuzione territoriale delle RSA è fortemente disomogenea e il numero di ospiti costretti a risiedere in strutture lontane dal proprio domicilio è alto (il 48% degli ospiti residenti nella città di Roma e il 44% di quelli della provincia di Latina risiedono in strutture al di fuori del proprio territorio di residenza). La quasi totalità delle strutture inoltre è a gestione privata. Il fabbisogno di RSA è stato stimato applicando sulla popolazione del 2009 gli standard regionali attualmente in vigore (p.l. pari al 2,5% della popolazione residente >75 anni) ridistribuendo il totale dei posti secondo le diverse funzioni assistenziali previste dal Decreto Commissariale 17/08. Tenuto conto che si tratta di una funzione assistenziale prettamente territoriale e che necessita di una forte integrazione con gli altri servizi dedicati a soggetti fragili, si sottolinea che il fabbisogno per ASL esposto nella tabella rappresenta il fabbisogno espresso dalla sua popolazione residente, da garantire con strutture collocate territorialmente in funzione delle effettive esigenze locali analogamente a quanto è necessario fare per la programmazione di Presidi Territoriali di Prossimità, Ambulatori Infermieristici, Centri di Assistenza Domiciliare, e ogni altro servizio che ha per definizione la caratteristica di prossimità al cittadino. Il quadro riassuntivo viene espresso nella seguente tabella.

Fabbisogno teorico RSA – distribuzione per ASL e per funzione assistenziale – Popolazione al 1/1/2009

Azienda USL	Posti attesi da standard (2,5% pop. > 75 anni)	di cui ad altissima intensità assistenziale (R1)	di cui di assistenza intensiva (R2)	di cui in nuclei Alzheimer (R2D)	di cui di assistenza di mantenimento (R3)	di cui semires.	di cui semires. per Alzheimer
RM A	1401	10	314	300	637	70	70
RM B	1486	11	333	318	676	74	74
RM C	1508	11	338	323	686	75	75
RM D	1253	9	281	268	569	63	63
RM E	1357	10	304	290	617	68	68
RM F	553	4	124	118	251	28	28
RM G	923	6	208	196	421	46	46
RM H	957	7	214	204	436	48	48
Totale Provincia di ROMA	9438	68	2116	2017	4293	472	472
VITERBO	826	6	185	177	376	41	41
RIETI	469	3	106	100	214	23	23
LATINA	1084	8	243	232	493	54	54
FROSINONE	1255	9	281	268	571	63	63
REGIONE	13072	94	2931	2794	5947	653	653

Nella tabella seguente è rappresentata l'offerta di RSA come rilevata da una ricognizione effettuata dall'Assessorato alla data del 30/06/2009.

Offerta di RSA alla data del 30/06/2009 e differenza rispetto a standard ricognizione Assessorato – Popolazione al 1/1/2009

Azienda USL	Posti residenza attesi da standard (2,5% pop. > 75 anni)	Posti residenza ATTIVI provv. accreditati	Fabbisogno da assolvere (PI attivi/attivabili – PI da attivare)
RM/A	1401	70	-1231
RM/B	1486	319	-1115
RM/C	1508	40	-1438
RM/D	1253	374	-809
RM/E	1357	465	-619
RM/F	553	494	+ 21
RM/G	923	744	+ 41
RM/H	957	928	+ 201
Tot Provincia di ROMA	9438	3434	-4949
VITERBO	826	707	+ 83
RIETI	469	0	-189
LATINA	1084	180	-439
FROSINONE	1255	753	-221
TOTALE GENERALE	13072	5173	-7899

\* A seguito processo di riconversione decr. 15/08, 43/08, 5/09.

La distribuzione dell'offerta è estremamente disomogenea nelle diverse Aziende sanitarie della regione, variando da un minimo di 0 p.l. per 1.000 residenti ultrasettantacinquenni nella ASL di Rieti ad un massimo di 24,2 nella ASL RM H. Complessivamente il numero medio di posti letto per 1.000 residenti ultrasettantacinquenni è pari a 9,7, valore di molto inferiore allo standard indicato dalla normativa regionale (25 p.l. per 1.000 residenti ultrasettantacinquenni). Il fabbisogno di p.l. in RSA andrebbe tuttavia valutato tenendo conto dell'opportunità di affiancare alla residenzialità altre risposte assistenziali basate sull'Assistenza domiciliare integrata (ADI). L'offerta assistenziale delle RSA è molto distante dalla finalità originaria di accogliere per un periodo di tempo limitato persone che temporaneamente non possono risiedere presso il proprio domicilio, garantendo loro prestazioni sanitarie e assistenziali, e favorendone il recupero funzionale e il rientro a domicilio. Per tale motivo, con il Decreto del Commissario ad Acta n. 17 del 5/09/2008, si sono poste le basi per la riorganizzazione delle RSA attualmente esistenti nella nostra regione verso una nuova classificazione delle strutture residenziali extraospedaliere così differenziate: 1) R1 per trattamenti a elevato impegno sanitario e assistenziale, 2) R2 per trattamenti intensivi ed estensivi di cura e recupero funzionale, 3) R2D per trattamenti estensivi di riorientamento e tutela personale in ambiente "protesico" a persone con demenza senile, 4) R3 per trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, 5) SR per prestazioni semiresidenziali per non autosufficienti e 6) SRD per prestazioni semiresidenziali rivolte a persone affette da demenze. La tabella sul fabbisogno dell'RSA distingue i posti letto per queste categorie.

### Risposte

Circa la residenzialità sociosanitaria, i dati riportati dall'ISTAT con riferimento al 31 dicembre 2005 evidenziano che in Italia

gli ospiti di anni 0-17 sono	17.799 (6,0%)
di anni 18-64 sono	50.824 (17,0%)
di anni 65e oltre	<u>229.628</u> (77,0%)

In Lombardia sono	61.175, di cui 49.308 di 65 e oltre l'80%
Nel Veneto sono	34.861, di cui 29.221 " " l'84%
In Emilia Romagna sono	30.460, di cui 22.783 " " il 74,8%
In Toscana sono	16.739, di cui 13.335 " " il 79,6%
Nel Lazio sono	18.175, di cui 12.139 " " il 67,0%

E' evidente quindi la carenza di RSA nel Lazio, ad esempio rispetto al Veneto che nel 2005 contava il 19,2% di persone di 65 anni e oltre e il Lazio ne riportava il 19,1%

Alla luce di quanto rilevato appare necessario avviare un processo complessivo di riqualificazione, riorganizzazione e potenziamento delle RSA, in primo luogo attraverso la ridefinizione del ruolo che esse debbono effettivamente ricoprire. Se da un lato, infatti, deve essere fatta salva, a garanzia di chi non può usufruire di valide alternative, la possibilità di

un'ospitalità a tempo indeterminato, dall'altro dovrebbe essere assolutamente privilegiata la finalità di effettivo luogo di assistenza intermedia soprattutto per le funzioni R2, R2D e R3. Ciò comporterebbe la previsione di interventi assistenziali a tempo effettivamente determinato (max 60-180 giorni), finalizzati al recupero o almeno alla stabilizzazione delle condizioni clinico/funzionali degli ospiti, favorendo, laddove possibile, il rientro degli stessi al proprio domicilio o, in alternativa, in strutture protette ubicate nel territorio di residenza che abbiano la caratteristica di residenze di tipo sociale di dimensioni familiari (max 10-12 persone) o di condomini protetti (miniappartamenti per max 1-2 persone con servizi centralizzati), ove le eventuali prestazioni sanitarie possano essere garantite dai Centri di assistenza domiciliare adeguatamente potenziati. Una tale rimodulazione consentirebbe di realizzare nelle RSA un turn-over attualmente impossibile, offrirebbe l'opportunità di attivare la funzione di ricoveri di sollievo (*respite care*), riducendo i tempi d'attesa per il ricovero e aumentando la qualità della vita degli ospiti e dei loro familiari. Sempre in quest'ottica potrebbero altresì essere attivati anche i previsti servizi semiresidenziali quale efficace alternativa all'istituzionalizzazione definitiva. In tal modo anche il fabbisogno reale di posti letto in RSA sarebbe ridimensionato in funzione delle effettive esigenze territoriali. Nelle more della ridefinizione del fabbisogno su parametri più oggettivi e tenendo conto della riconversione in atto di posti letto per acuti pubblici e privati prevista dal Piano di rientro, dovranno essere create nuove RSA prioritariamente in quelle ASL tuttora sensibilmente lontane dagli standard programmatori regionali, assicurando la presenza di almeno una RSA per Distretto, eventualmente prevedendone la collocazione nella forma di Nuclei all'interno degli istituendi Presidi territoriali di prossimità, nel rispetto della nuova classificazione indicata dal citato D.P.C.A. 17/2008.

Rimandando all'apposita sezione la trattazione delle demenze si fa presente come, per quanto attiene alle necessità di natura residenziale, sarebbe opportuno che in ogni RSA possano essere attivati Nuclei espressamente dedicati a persone con tali patologie (R2D secondo la nuova classificazione prevista nel D.P.C.A. 17/2008) in grado di offrire specifiche opportunità assistenziali, al momento delegate nella nostra regione a sole 3 strutture in regime sperimentale e con costi non trascurabili.

È necessario quindi ridefinire con chiarezza, anche alla luce di quanto indicato nel D.P.C.A. 17/2008, i requisiti di eleggibilità degli ospiti (sia in ingresso che in dimissione) attraverso l'adozione sistematica della scheda di valutazione RUG orientando l'ospite verso l'ambito assistenziale più appropriato. L'implementazione del sistema informativo dedicato (SIRA), di cui si è già avviata la sperimentazione, consentirà poi un attento monitoraggio delle prestazioni erogate e permetterà di valutare oggettivamente la qualità dell'assistenza resa.

#### **HOSPICE – UN MODELLO DA IMPLEMENTARE**

Si intende, per Hospice, una struttura residenziale di ricovero e cura per persone che necessitano, nella fase terminale della loro vita, di assistenza palliativa (soprattutto ammalati di tumore, ma non solo), che sia confortevole e rispettosa delle esigenze degli ammalati e dei loro familiari. La struttura si avvale di personale qualificato in grado di assicurare un'assistenza personalizzata rivolta alla cura del dolore e degli altri sintomi: l'équipe assistenziale è formata da medici e infermieri, psicologi, assistenti sociali, nonché dalle organizzazioni di volontariato e da altre figure professionali. La famiglia è coinvolta e partecipa all'assistenza con le modalità che ritiene possibili e sostenibili. L'Hospice costituisce un'alternativa all'assistenza domiciliare allorché questa soluzione non sia praticabile.

Come si evince dalla tabella seguente, nella nostra regione operano 14 strutture che erogano tale funzione assistenziale collocate in 7 ASL, mentre le altre 5 si trovano in una condizione di carenza assoluta di questa tipologia assistenziale (RMB, RMC, RMF, RMG e Frosinone).

#### Centri di assistenza per malati terminali (Hospice). Lazio, 2009

ASL	Deceduti per tumori 2006	N. posti letto attesi da standard (1,2 ogni 56 deceduti)*	N. strutture provvisoriamente accreditate attive	N. posti letto provvisoriamente accreditati attivi*	Differenza di posti attivi rispetto a standard
RMA	1.487	32	3	56	24
RMB	1.818	39	–	0	-39
RMC	1.736	37	1	10	-27
RMD	1.510	32	3	41	9
RME	1.473	32	2	55	23
RMF	730	17	–	0	-17
RMG	1.169	25	–	0	-25
RMH	1.231	26	2	30	4
FR	1.271	27	–	0	-27
LT	1.315	28	3	30	2
RI	452	10	1	4	-6
VT	954	20	2	35	15
<b>Totale</b>	<b>15.146**</b>	<b>325</b>	<b>17</b>	<b>261</b>	<b>-64</b>

\* Posti letto attesi per malati terminali (oncologici e non): fonte: Assessorato alla Sanità - Regione Lazio, 2009 e ASP-Laziosanità. Il 10% circa dei posti letto è riservato a malati terminali non oncologici.

\*\* Il totale regionale complessivo corrisponde a 15.363, in quanto al totale della tabella si aggiungono 198 casi di residenti a Roma e 19 casi di residenti nel Lazio senza attribuzione di ASL, per un totale di 4 posti letto per le ASL di Roma città.

#### Problemi

La qualità della vita nelle persone con una malattia in fase terminale è fortemente correlata con la possibilità di accedere all'assistenza palliativa, siano esse erogate a domicilio o in strutture dedicate. La regione Lazio è attualmente carente in questo specifico settore assistenziale, e la quasi totalità delle strutture presenti è a gestione privata, con una distribuzione non omogenea nel territorio. Inoltre scarsa è l'integrazione con gli altri servizi della rete territoriale e ospedaliera, le modalità di accesso e i percorsi per l'utenza sono confusi.

Non si dispone altresì di un sistema informativo dedicato, e ciò rende difficili valutazioni di qualità, efficacia ed efficienza di tale servizio.

#### Risposte

In primo luogo è necessario promuovere un approccio olistico alla definizione del modello assistenziale, che deve essere fondato sulla valutazione multidisciplinare, la pianificazione personalizzata dell'assistenza, la promozione e lo sviluppo di una cultura positiva delle fasi terminali della vita, garantendo la dignità della persona anche in questo specifico e doloroso frangente.

È necessario inoltre favorire una ricomposizione organizzativa delle funzioni ospedaliere, territoriali e residenziali a garanzia della specificità e continuità assistenziale del paziente terminale.

Ciascuna ASL dovrà verificare l'effettivo fabbisogno di posti residenza in Hospice e valutarne la più opportuna distribuzione territoriale (favorendo la migliore accessibilità e contiguità all'ambiente di vita), attraverso l'analisi dei dati epidemiologici disponibili.

La valutazione del fabbisogno assistenziale per i malati terminali accolti in strutture residenziali di tipo Hospice è inoltre strettamente connessa al livello di offerta assistenziale perseguibile a domicilio, e in questo specifico settore è opportuno verificare la congruità di quanto recentemente previsto dal Decreto Commissariale n. 22 del 24 marzo 2009, che riconosce la possibilità di assistere fino a 4 pazienti a domicilio per ogni posto residenziale autorizzato/accreditato.

Il potenziamento dell'offerta residenziale in Hospice dovrà comunque avvenire in linea con quanto previsto dal Piano di rientro, privilegiando la riconversione di strutture pubbliche e private accreditate, laddove compatibile con la destinazione d'uso finale e, nella fase transitoria, favorendo la differenziazione dell'offerta nelle RSA. In tal senso, tenendo conto dell'attuale assoluta carenza di tale modalità assistenziale nei loro territori, nelle ASL RMB, RMF, RMG e Frosinone dovrà essere attivato inizialmente almeno un Hospice per ciascuna Azienda, prevedendone eventualmente la collocazione all'interno degli istituendi Presidi territoriali di prossimità. Dovrà inoltre essere verificata la congruità del modello di remunerazione di recente applicato, che prevede tariffe distinte per l'ambito domiciliare o residenziale ma non prende in considerazione le diverse necessità assistenziali dei pazienti (Decreto Commissariale n. 22 del 24 marzo 2009). A tal fine si prevede di avviare entro il triennio di vigenza del Piano la sperimentazione di un sistema informativo che permetta di registrare le attività delle strutture, sia per monitorare la qualità dell'assistenza offerta che per le opportune valutazioni di natura economica.

### **Centri residenziali di cure palliative per i minori**

L'assistenza palliativa destinata ad un minore costituiscono un peculiare complesso integrato di prestazioni sanitarie, tutelari, assistenziali rivolte al paziente e alla sua famiglia, che debbono essere assicurate con continuità nell'arco delle 24 ore. In accordo con il **Documento tecnico sulle cure palliative pediatriche** approvato in Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008, la Regione si impegna a deliberare e implementare un programma per la realizzazione di una rete di assistenza domiciliare e residenziale integrata specifica per l'assistenza palliativa pediatrica attraverso l'attivazione entro il triennio di vigenza del piano di almeno un Centro di riferimento di assistenza palliativa (CAP). Presso tale Centro troverà giusta collocazione una specifica struttura sanitaria residenziale, in grado di erogare un'assistenza ad alto livello assistenziale, dove siano rispettate le relazioni e l'ambiente familiare, accolte le istanze di privacy, socialità, promozione dello sviluppo e della qualità della vita del minore, anche attraverso aperture e interazioni con la rete istituzionale operante nell'area ove esso insiste.

## **3.e Infermiere di comunità**

### **Problemi**

L'approccio prevalente alla assistenza, anche a livello territoriale, è tuttora di tipo prestazionale, basato su un modello di organizzazione verticale del lavoro orientato alla produzione, frammentato, centrato sulle attività e sulla loro



organizzazione, con un utilizzo degli operatori quali esecutori di prestazioni tecniche e quindi con un uso inappropriato delle risorse professionali, tra cui quella infermieristica. Tale modello favorisce la deresponsabilizzazione dell'operatore, rendendo difficile la presa in carico e la formulazione di un Piano assistenziale individuale<sup>3</sup> e rende il cittadino passivo fruitore del servizio non motivato ad instaurare un rapporto di fiducia con l'operatore. L'enfasi è posta sull'offerta di servizi anziché sull'accoglienza e verifica della domanda e favorisce inoltre un'elevata richiesta di istituzionalizzazione (ricoveri ospedalieri e ingressi in strutture protette). In particolare, il modello prestazionale è caratterizzato dal riduzionismo tecnico della funzione assistenziale.

Si viene a creare quindi un fabbisogno organizzativo di coordinamento e integrazione, con la necessità al tempo stesso di preservare le competenze specialistiche.

La valorizzazione della figura infermieristica è già stata avviata da tempo sia a livello internazionale che nazionale, ne sono testimoni le esperienze del Regno Unito e, in ambito italiano, della Regione Friuli Venezia Giulia. Infine la valorizzazione di tale figura è coerente con i nuovi percorsi formativi universitari, che prevedono diversi livelli di qualificazione sino alla funzione dirigenziale.

## Risposte

L'infermieristica di comunità può costituire la base per un nuovo modello di assistenza territoriale, fondato sull'approccio relazionale in grado di superare la semplice produzione di prestazioni tecniche, e orientato verso una risposta assistenziale globale, efficace e mirata ai bisogni sociosanitari delle persone. L'infermiere non agisce in modo isolato ma in stretta collaborazione con il MMG e il PLS, secondo strategie integrate con i servizi del Distretto sanitario, prefigurando il raggiungimento del mandato che deriva alla professione infermieristica dalla Legge 251/00: la personalizzazione dell'assistenza.

L'attivazione a livello distrettuale di un servizio di assistenza infermieristica a livello di comunità prevede la presenza di più figure infermieristiche (a seconda della dimensione e delle caratteristiche del Distretto), costantemente presenti nella comunità e da questa riconosciute, collaboranti con i professionisti e con le risorse presenti nel territorio. La funzione principale dell'infermiere di comunità consiste nella presa in carico globale della situazione di bisogno, attraverso un processo che vede una modulazione variabile dei seguenti elementi:

- identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica della persona e della comunità;
- promozione della salute, educazione sanitaria, prevenzione;
- orientamento, informazione ed empowerment (cittadino competente);
- presa in carico anticipata, valutazione multidimensionale;
- case management, messa in rete dei servizi;
- facilitazione dell'integrazione fra professionisti (in primo luogo medico di medicina generale);

---

<sup>3</sup> Previsto dall'art. 1 comma 3 L. 10 agosto 2000, n. 251 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica", e previsto inoltre dall'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in materia di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'attuazione del Piano Sanitario nazionale 2006-2008 (Allegato A, punto 2: "Riorganizzare le cure primarie: garantire la tempestiva presa in carico del paziente da parte della rete territoriale, la valutazione multidimensionale del paziente, l'elaborazione del piano personalizzato di assistenza; garantire la valutazione multidimensionale dei pazienti fragili e l'attuazione del piano personalizzato di assistenza *tramite* il concorso di professionalità sanitarie e sociali per affrontare i bisogni complessi").

- pianificazione, gestione e valutazione dell'intervento assistenziale infermieristico;
- promozione e attivazione di reti informali;
- valorizzazione della funzione delle famiglie;
- garanzia della continuità assistenziale.

Le funzioni sopra descritte configurano un'assistenza infermieristica avanzata, il cui obiettivo principale è la modificazione di condizioni e di abilità finalizzata al raggiungimento dell'autonomia dell'assistito, mediante l'attivazione di comportamenti favorevoli la salute e lo sviluppo della capacità di autogestione delle patologie, in collaborazione con gli altri professionisti del territorio e soprattutto con il medico di medicina generale.

L'ambito di azione ideale dell'infermiere di comunità è identificabile nell'area elementare di Distretto, ipotizzabile quale porzione di territorio subdistrettuale compresa tra i 5.000 e i 15.000 abitanti, che svolge la funzione di punto di accesso, di presa in carico, di semplificazione amministrativa e di integrazione tra i servizi sanitari e tra questi e l'ambito sociale.

L'infermiere di comunità dovrà avere un ruolo nella promozione di stili di vita salutari, con particolare riferimento alla prevenzione primaria e secondaria, e in quest'ultima orientato al recupero delle migliori capacità funzionali (fase estensiva), con una presa in carico dei pazienti, per facilitare i passaggi di setting, già nella fase di degenza ospedaliera.

Al fine di garantire un'adeguata qualità professionale è necessario prevedere specifici percorsi formativi rivolti alle figure destinate a svolgere la funzione di infermiere di comunità e a tutti gli altri attori dei servizi territoriali (Legge 43/2006).

Sarà opportuno inoltre aprire un tavolo regionale di concertazione con l'Università al fine di rivedere i piani di studi universitari di laurea in infermiere ancora troppo orientati all'assistenza ospedaliera, e giungere ad una definizione del curriculum formativo che tenga conto delle nuove competenze e responsabilità richieste.

### **3.f Medici di medicina generale**

#### **Problemi**

Il Medico di medicina generale (MMG) assolve, all'interno del SSR, un ruolo di primaria importanza: è infatti la figura professionale alla quale il cittadino, in un rapporto diretto e di reciproca fiducia, affida primariamente la tutela della propria salute. Tuttavia, a fronte del mutare delle problematiche assistenziali, come l'emergere della complessità delle cure legata all'aumentata prevalenza delle malattie cronico-degenerative e al manifestarsi della fragilità connessa all'invecchiamento demografico e alla conseguente necessità di garantire la continuità assistenziale, il MMG deve uscire dal ruolo tradizionale di libero professionista solista e interagire con gli altri attori del Sistema sanitario regionale. Il MMG deve realmente integrarsi nella rete dei servizi che connotano l'offerta sanitaria e partecipare al governo della domanda, non solo attraverso il perseguimento dell'appropriatezza prescrittiva, ma soprattutto divenendo attore e promotore di efficaci interventi di prevenzione e fornitore di cure primarie ad ampio raggio, anche in maniera integrata con altre professionalità sanitarie e sociali. Nella Regione Lazio sono state avviate diverse esperienze di associazionismo in medicina generale (la medicina di gruppo, la medicina in rete, le cooperative sanitarie) e con diverse modalità operative (l'Ospedale virtuale, le esperienze delle Unità di cure primarie – UCP o le Unità territoriali di assistenza primaria –

UTAP); tuttavia tali esperienze, che promettono un valore aggiunto in termini di garanzia assistenziale, appaiono ancora non pienamente compiute e soprattutto sono ancora deboli sul piano delle prove di efficacia, non sempre verificabili per la mancanza di adeguati sistemi di monitoraggio delle sperimentazioni in corso. Ancora fragile appare inoltre la comunicazione con altri contesti assistenziali (assistenza ospedaliera, specialistica, ADI), ben lungi dall'essere costante, condivisa e bidirezionale, a discapito della continuità clinico-assistenziale e della presa in carico di quelle situazioni più complesse che maggiormente dovrebbero beneficiarne. Le attuali forme di finanziamento della funzione assistenziale (che prevede la totale attribuzione della quota capitaria in maniera totalmente svincolata dalla dimostrazione e verifica delle prestazioni erogate e degli esiti di salute con queste ottenuti) e l'insieme dei sistemi premianti e disincentivanti finora concepiti non sono stati in grado di recuperare l'insufficiente integrazione operativa di tale figura rispetto al complesso delle attività di natura distrettuale in un'ottica di salvaguardia dei percorsi assistenziali dei cittadini. D'altro canto, non è infrequente registrare il mancato coinvolgimento del MMG da parte dei diversi contesti di cura in cui possono essere trattati i suoi assistiti, se non per la funzione di meri trascrittori di prescrizioni sanitarie altrui. Infine si registrano, quali criticità correlate alle attività dei MMG: possibilità limitata del supporto di altri servizi nella propria attività clinica; frequente mancanza di condivisione, con gli altri attori assistenziali, dei momenti formativi e di aggiornamento; conoscenza parziale del funzionamento della rete assistenziale, con effetto di richieste improprie o mancato utilizzo delle risorse disponibili.

### **Risposte**

È necessario che la figura del MMG divenga protagonista normativamente riconosciuto di un mutamento radicale di paradigma nell'approccio alla salute individuale e di popolazione. Il MMG deve riuscire a rappresentare, per il cittadino, un riferimento certo e costante che, oltre a risolvere le esigenze di livello primario evitando il ricorso incongruo al pronto soccorso o al ricovero ospedaliero (anche integrandosi con altri professionisti infermieri, medici della continuità assistenziale, medici specialisti, assistenti sociali ecc.), lo aiuti a orientarsi rispetto ai diversi contesti assistenziali coerenti ai propri bisogni di salute, e ne curi, se necessario, i rapporti con i diversi attori dell'assistenza, attraverso lo scambio di tutte le informazioni utili alla sua corretta gestione, con particolare riferimento all'azione sui determinanti di salute.

Tra le metodologie che possono rivelarsi più efficaci nel raggiungimento di tale obiettivo, si sottolinea in particolare l'approccio che va sotto il nome di *chronic care model*, concettualmente basato sul passaggio dall'attesa dell'acuzie e organizzazione della conseguente risposta assistenziale alla capacità proattiva e alla medicina di iniziativa, al coinvolgimento della comunità, all'educazione all'autogestione del paziente, all'abituale ricorso alle linee guida/raccomandazioni scientifiche disponibili, con il supporto di veri e propri flussi informativi per l'assistenza primaria e per le cure intermedie.

Così come indicato dall'Accordo integrativo regionale (AIR), è di particolare importanza che il MMG partecipi attivamente alla realizzazione dei Piani regionali di prevenzione. Tali indicazioni sono coerenti agli attuali indirizzi dell'OMS e del Ministero del Welfare italiano. In tal senso andrebbero orientati sia il nuovo AIR e i conseguenti Accordi aziendali (che devono essere espressi in tutte le ASL regionali), sia la previsione di forme associative evolute, che si configura come un requisito essenziale per garantire migliori servizi ai cittadini.

In particolare si ritiene che il nuovo AIR debba favorire la costruzione di percorsi assistenziali che determinino l'integrazione dell'ospedale con l'assistenza primaria, sia nel percorso preospedale (preospedalizzazione, accettazione assistita ecc.), sia all'atto della dimissione (dimissione assistita), attraverso strutture e modalità organizzative di seguito descritte, per la cui realizzazione un ruolo fondamentale riveste il livello distrettuale.

Con lo scopo di consentire una maggiore facilitazione all'accesso dei cittadini agli studi dei medici di medicina generale, anche per una diminuzione degli accessi impropri al pronto soccorso e agli altri servizi ambulatoriali e distrettuali, e un migliore utilizzo delle risorse e una maggiore appropriatezza nei comportamenti dei medici di assistenza primaria, si rende necessario implementare l'attivazione completa sul territorio delle **Unità territoriali di assistenza primaria (UTAP)** che costituiranno, integrandosi con le altre modalità organizzative e strutture del Servizio sanitario regionale, il fulcro dell'assistenza primaria della Regione Lazio.

Da un punto di vista strutturale potranno essere distinte, sulla base della modalità di partecipazione dei soggetti professionali:

- a. semplice aggregazione tra MMG (AMMG), ognuno insistente nel proprio studio, che si organizzano negli orari rispetto alla funzione dell'apertura degli studi per almeno 9 ore al giorno;
- b. semplici di integrazione professionale tra MMG (IMMG), collegati tra loro in rete, potendo i medici garantire l'apertura continuativa per almeno 9 ore al giorno tramite rotazione o incarichi all'interno di un unico studio di riferimento;
- c. complesse in sede unica (CMMG) e che possano prevedere la partecipazione anche di pediatri e/o specialisti, medici di Continuità assistenziale (CA), nonché di operatori specifici dell'assistenza infermieristica e collaboratori di studio e di operatori dell'assistenza sociale delle Aziende sanitarie o degli Enti locali in vista della costituzione delle UTAP.

In tutte le forme erogative di assistenza dovrà comunque essere garantito il raccordo con il Numero unico regionale e un rapporto funzionale con le strutture operative e gli operatori del Distretto, in particolare con la rete dei medici di CA, anche prevedendo che forme altamente strutturate possano anche direttamente farsi carico del problema della Continuità assistenziale.

Per quanto riguarda i contenuti delle attività, queste andranno dall'Accettazione assistita, con l'obiettivo di razionalizzare l'accesso alle strutture di Pronto soccorso, attraverso la possibilità per l'assistito che si è rivolge al proprio medico di famiglia, di un accesso riservato parallelo a quello del normale Pronto soccorso, in grado di espletare una serie di accertamenti concordati preventivamente, senza dover pagare ticket e senza tempi di attesa; alla gestione dei percorsi relativi all'accesso ai servizi extraospedalieri e all'attivazione di progetti di presa in carico da parte dei MMG per le patologie croniche a più alta incidenza.

Viene a configurarsi in tal modo un nuovo modello di assistenza primaria, organizzato in reti di professionisti comprendenti oltre ai MMG e ai PLS, i medici specialisti, gli infermieri, gli assistenti sociali e altri operatori dei servizi territoriali. Al fine di garantire la piena ed efficace operatività di questi gruppi di professionisti, devono essere sviluppati sistemi di collegamento funzionale attraverso reti di comunicazione informatizzate che prevedano, oltre a collegamenti tra le singole unità del team, interfacce esterne con il CUP e con gli erogatori di prestazioni diagnostico-terapeutiche a livello ospedaliero.

Una tale organizzazione consentirebbe inoltre una semplificazione delle procedure relative alla prenotazione di visite e accertamenti diagnostici a vantaggio del cittadino e una riduzione del carico di lavoro del singolo professionista.

Diviene dunque irrinunciabile, a garanzia dei soggetti più fragili, la piena partecipazione del MMG alle Unità valutative per la caratterizzazione del bisogno e la pianificazione dell'assistenza nei diversi setting attivabili (ADI, Dimissione protetta, RSA ecc.).

Rilevante risulta essere anche il tema dell'educazione continua in medicina, che, sempre nell'ottica del lavoro di rete, richiede che il MMG lo affronti in condivisione con gli altri attori coinvolti nella gestione dei pazienti (infermieri, fisioterapisti, medici specialisti, farmacisti ecc.), unitamente a periodiche attività di audit clinico diretto a valutare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate.

Per poter valutare compiutamente la validità dei modelli associativi esistenti o eventualmente attivabili, nell'arco del triennio di vigenza del presente Piano deve essere messo a punto un sistema informativo per l'assistenza primaria, al quale il MMG dovrà obbligatoriamente partecipare (debito informativo), contribuendo all'alimentazione di specifici indicatori di processo ed esito sui quali misurare il raggiungimento di obiettivi di salute concordati a livello regionale e locale, cui legare il riconoscimento della piena remunerazione prevista dall'AIR. In tal senso si deve prevedere la rivalutazione dell'attuale criterio di verifica dell'indennità informatica, basato sul solo requisito della stampa delle ricette, legandolo anche alla trasmissione dei dati utili alla costruzione dei sopraccitati indicatori.

Al fine di sostenere la reale crescita professionale del MMG e fornire strumenti coerenti con le linee di programmazione regionale, si evidenzia la necessità di operare la massima connessione fra le attività formative predisposte dal Centro di formazione regionale per la Medicina generale, anche attraverso la collaborazione delle Università, e gli obiettivi stabiliti dalla programmazione sanitaria, attraverso la promozione di interventi basati sulle prove di efficacia.

Le ASL, nell'organizzare i corsi di formazione approvati, faciliteranno la presenza dei MMG e degli specialisti del territorio. La Commissione formazione specifica collaborerà con l'Ufficio regionale per la formazione per gli atti inerenti alla gestione dei corsi di formazione specifica.

Per favorire la conoscenza dell'intera offerta assistenziale da parte dei MMG, la Regione si impegna a mettere a loro disposizione, anche on-line, gli elenchi aggiornati delle strutture e dei servizi che connotano la rete assistenziale sociale e sanitaria nel Lazio, nonché ad attivare a livello distrettuale specifiche funzioni (ad esempio, il Punto unico di accesso).

La Regione si impegna nel triennio di vigenza del Piano a valutare la fattibilità di sperimentazioni gestionali volte a consolidare l'integrazione del MMG nelle attività proprie del Distretto.

Per il pieno espletamento della funzione di tutela della salute dei propri assistiti, il MMG deve necessariamente associare, all'erogazione diretta di prestazioni sanitarie, la capacità di leggere i bisogni di salute delle persone che assiste, e di orientarne la relativa domanda di servizi/prestazioni secondo idonei criteri di appropriatezza. Ciò si traduce nella necessità di effettuare delle scelte in merito alla tipologia dei servizi da garantire e di individuare gruppi di popolazione su cui prioritariamente intervenire. Il lavoro del MMG deve quindi mirare anche a far sì che gli interventi dei sistemi sanitari siano rivolti soprattutto a popolazioni con patologie in atto o a rischio di contrarre una malattia.

Le metodologie scientifiche di selezione di popolazioni sono in gran parte oramai consolidate e includono attività ampiamente diffuse in sanità pubblica, quali gli screening e le campagne vaccinali; tuttavia le variabili di selezione considerate sono allo stato attuale molto limitate (età, sesso).

Al fine di agevolare il processo di riconoscimento di gruppi di popolazione bersaglio è stato istituito un gruppo di lavoro regionale con l'obiettivo di sviluppare uno strumento per l'individuazione di gruppi di popolazione a rischio da inserire in specifici percorsi di diagnosi precoce, cura e riabilitazione definiti e organizzati a livello di Azienda sanitaria locale. Il metodo assegna al singolo paziente un punteggio derivante dalla combinazione dei livelli di rischio negli ambiti familiare, genico e ambientale in senso lato e di altri elementi, in particolare la presenza di patologie rilevanti.

Per l'attuazione del progetto, al fine verificare e mettere a punto lo strumento prima di utilizzarlo in maniera sistematica, il gruppo di lavoro ha previsto una prima fase di confronto e condivisione con i MMG e una successiva fase di sperimentazione sulla popolazione di assistiti di un numero ristretto di MMG.

### **3.g Pediatri di libera scelta**

#### **Quadro di riferimento**

Un ruolo importante nella tutela della salute della popolazione in età evolutiva è affidato alla rete di Pediatri di libera scelta (PLS) diffusa su tutto il territorio nazionale. Questi specialisti gestiscono in modo globale la salute del bambino e dell'adolescente grazie alla presa in carico delle problematiche sanitarie tramite l'erogazione delle cure primarie (di base, organizzate o integrate), partecipando al servizio di continuità assistenziale. Il PLS si fa interprete dei reali bisogni di salute e li trasforma in appropriata domanda d'utilizzo delle risorse aziendali, con l'attivazione di corretti percorsi assistenziali che integrino la componente sanitaria territoriale e ospedaliera a quella sociale. Oltre all'attività diagnostica e terapeutica, la prevenzione di comunità (educazione sanitaria, ricerca epidemiologica, programmi di profilassi ecc.) e individuale (bilanci di salute, rimozione di fattori di rischio modificabili, diagnosi precoce ecc.) rappresenta una delle componenti principali dell'attività territoriale del PLS.

La copertura dell'assistenza pediatrica sulla popolazione di 0-6 anni è vicina al 100% mentre quella sulla popolazione di età 7-13 è del 70%, con un'ampia variabilità fra le 12 ASL.

#### **Problemi**

Lo sviluppo delle condizioni sociali e i progressi raggiunti dall'assistenza pediatrica hanno determinato un sensibile e costante miglioramento dello stato di salute della popolazione in età evolutiva e ormai da tempo si assiste alla netta riduzione di mortalità e morbosità associate a patologie acute. Le principali criticità per l'assistenza pediatrica sono legate sia all'implementazione dell'aspetto preventivo dell'azione del PLS, per il miglioramento degli stili di vita, l'abbattimento della quota di eventi accidentali evitabili ecc; sia alla gestione delle malattie croniche, delle disabilità, dei disturbi dello sviluppo e delle situazioni di disagio sociale, che colpiscono una percentuale tuttora non determinata di bambini e adolescenti e che richiedono elevati standard di qualità di cure, continuità assistenziale e integrazione sociosanitaria, fattori per i quali l'attività del PLS è determinante. Ulteriori criticità riguardano la continuità assistenziale, soprattutto per quelle condizioni di salute che accedono impropriamente ai servizi di emergenza-urgenza e di ricovero ospedalieri.

### **Risposte (vedi anche Allegato C “Rete pediatrica”)**

Al fine di favorire la *partecipazione del PLS al servizio di continuità assistenziale e integrazione multidisciplinare*, è necessario promuovere forme associative realmente integrate con altre tipologie di servizi territoriali, ad esempio ambulatori diagnostici o specialistici, e con l'ospedale, ad esempio consentendo al PLS di inviare, ed eventualmente anche gestire, i propri assistiti in un'area di Osservazione breve collocata presso l'Unità operativa pediatrica.

Occorre inoltre incentivare gli accordi relativi ad un sistema di turnazione tra PLS che renda possibile la loro reperibilità nei giorni prefestivi e festivi.

Per quanto concerne il reparto di neonatologia, l'ospedale deve informare adeguatamente i neo-genitori sulla rete dei servizi territoriali dedicati al bambino e favorire l'iscrizione al pediatra in ospedale, prima della dimissione.

Per quanto riguarda la partecipazione alle procedure di verifica della *qualità delle prestazioni, all'individuazione e al perseguimento degli obiettivi del Distretto e all'elaborazione di raccomandazioni condivise*, si individuano i seguenti ambiti prioritari:

- qualità di lavoro: il PLS può promuovere iniziative per il miglioramento della qualità del servizio erogato fornendo alla ASL la Carta dei servizi che espliciti per esempio le modalità associative adottate, l'estensione dell'orario d'apertura, l'eventuale reperibilità, le attività per l'attuazione dell'integrazione sociosanitaria, la realizzazione sistematica dei bilanci di salute, la disponibilità di *self help* diagnostico presso l'ambulatorio ecc. Tale Carta potrà essere disponibile per i genitori al momento dell'iscrizione al PLS del proprio bambino;
- formazione e frequenza ospedaliera. Le Aziende sanitarie devono indirizzare le loro attività formative per i PLS sui seguenti temi: creazione di gruppi di revisione tra pari per la discussione di casi clinici e temi d'appropriatezza prescrittiva, stesura di raccomandazioni per la gestione di patologie pediatriche ambulatoriali, collaborazione con altre strutture territoriali o ospedaliere riguardo alla stesura di raccomandazioni condivise, partecipazione diretta a protocolli di ricerca in pediatria territoriale ecc. Possono poi essere programmate frequenze periodiche presso un PS e UO pediatriche ospedaliere o universitarie;
- appropriatezza prescrittiva: vanno sviluppati da parte delle ASL sistemi di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva di farmaci e prestazioni specialistiche.

## **3.h Dipartimento di prevenzione**

### **Problemi**

A distanza ormai di alcuni anni dall'istituzione del Dipartimento di prevenzione è maturo il tempo di elaborare una valutazione complessiva di questa struttura, prevista dal D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502, per garantire un contesto organizzativo unitario a tutte quelle attività che rientrano nel campo della prevenzione collettiva in ambienti di vita e di lavoro. Il Dipartimento di prevenzione, così come oggi si configura, deriva inoltre dalla volontà espressa dal referendum popolare del 1993, che ha affidato le competenze ambientali ad apposite agenzie istituite a livello regionale, creando una mai definitivamente conclusa contraddizione tra ambiente e salute e delle modalità di prevenzione che vedono intrecciarsi competenze di ministeri e assessorati diversi, province, comuni ed enti di nuova costituzione in un

frammentarsi e sovrapporsi di ruoli e funzioni a volte in competizione, che solo parzialmente il D.Lgs 19 giugno 1999, n. 229, tenterà di correggere, replicandosi quanto già avvenuto nel campo della sicurezza e igiene del lavoro.

Le stesse normative di derivazione Unione europea, e in particolare il D.Lgs 25 novembre 1996, n. 626, e la normativa HACCP, modificano l'approccio ispettivo-autorizzativo che aveva costituito, e tuttora impronta in misura prevalente, la maggior parte dell'attività dei Dipartimenti di prevenzione.

A ciò si aggiunga che occorre scardinare un equivoco possibile, derivato dall'apparente concentrazione della prevenzione in tale struttura. È ovvio che la prevenzione, così come sancita dalla L. 23 dicembre 1978, n. 833, art. 1 e richiamata dal D.Lgs 19 giugno 1999, n. 229, non è tutta configurabile all'interno del Dipartimento. La parte che riguarda tale struttura è ben definita dai nuovi LEA in attesa di approvazione.

### **Risposte**

L'evoluzione sociale e culturale nonché la transizione demografica ed epidemiologica in atto implica un cambiamento di prospettiva, con il passaggio da una prevenzione somministrata ai cittadini ad una prevenzione condivisa e partecipata con la comunità. Come detto nel cap. 2 della Parte III la prevenzione riguarda molte istituzioni esterne alla sanità, essa deve quindi entrare in tutte le politiche. In quest'ottica i Dipartimenti di prevenzione, titolari di una considerevole parte della referenza strategica, tecnica e scientifica, devono produrre il massimo sforzo di integrazione con le altre istituzioni e con gli altri settori del Servizio sanitario con cui coordinare interventi coordinati o complementari. In particolare il Dipartimento dovrà trovare nel Distretto il luogo principale di integrazione e condivisione dei programmi proprio perché il Distretto è l'ambito dell'assistenza primaria ed è titolare delle relazioni con gli Enti locali e la comunità di riferimento. Inoltre è necessario sostenere, sviluppare e integrare le attività di promozione della salute con quelle di prevenzione, garantendo l'equità sociale degli interventi.

I soggetti della prevenzione e promozione della salute sono quindi molteplici: servizi sanitari territoriali, ospedale, soggetti non appartenenti al sistema sanitario. Si è già detto nel capitolo precedente in che forma il Servizio sanitario debba intervenire anche in ambiti che vanno oltre la sua capacità di azione diretta, individuando soprattutto una funzione di *advocacy*. Ma Distretto e Dipartimento possono attivarsi in modo diretto sviluppando un sistema di welfare locale e partecipato che consenta la stipula di alleanze tra i diversi settori della società, del mondo produttivo e delle istituzioni.

Permane, naturalmente, il ruolo tradizionale dei Dipartimenti di prevenzione, che si aggiorna rispetto ai nuovi assetti normativi dell'Unione europea e si concretizza nell'attività ispettivo-autorizzativa. È necessario però allargare il dibattito e giungere ad una revisione critica dei contenuti attuali delle attività dei Dipartimenti, con lo scopo di recuperare risorse da dedicare a interventi appropriati e alla prevenzione basata sull'evidenza (ad esempio eliminare pratiche "certificative" di chiara inutilità).

L'aspetto di controllo e ispettivo non è tuttavia secondario anche se ciò appare poco coerente con l'approccio "amichevole" con cui il Servizio sanitario dovrebbe operare e soprattutto porta a confondere il piano degli obblighi normativi, ineliminabili in alcuni casi, con quello degli interventi preventivi e di promozione della salute *evidence based*.

In questa direzione il Tavolo delle Regioni e lo stesso Ministero della Salute avevano avviato un processo di revisione normativa delle pratiche obsolete in prevenzione, ma il percorso appare lungo e comunque non risolutivo.



Tale cambiamento è inoltre ostacolato dal sostanziale regime di delega del Dipartimento in alcune funzioni “specialistiche” in cui è sostanzialmente autosufficiente, che ha reso ancor più complicata l’integrazione con le attività distrettuali e di altri dipartimenti, con l’ospedale e con gli altri settori della società.

I mutamenti sociali determinano la necessità di orientare maggiormente alla prevenzione del rischio la società e le comunità locali. Occorre però trasformare l’attività preventiva dall’impostazione normativo-autorizzativo-ispettiva (che va lasciata ad altri enti e amministrazioni con una vocazione in tal senso) ad un approccio educativo, informativo e di promozione più armonico con la missione del Servizio sanitario nazionale.

In tale contesto va riproposto il ruolo del Sindaco, quale autorità sanitaria locale, il rapporto con l’autorità giudiziaria e in generale con tutti gli enti preposti alla prevenzione (scuola, Enti locali, forza pubblica ecc.), nonché il privato e il privato sociale, affinché la prevenzione possa diventare un obiettivo e una cultura su cui convergano e si responsabilizzino varie articolazioni della società.

A fianco di attività che comunque permangono, in attesa di modifiche normative che consentano di superare le pratiche obsolete, andranno sviluppate nuove linee di lavoro in relazione alle epidemie di patologie cronico-degenerative che l’OMS e il Ministero del Welfare-CCM pongono quali priorità. Tali linee andranno sviluppate con una forte integrazione con altri servizi ospedalieri e distrettuali.

Per quanto riguarda i fattori di rischio più tradizionali, occorre sviluppare un maggior numero di interventi e migliorarne la qualità, anche e soprattutto attraverso l’integrazione con altri servizi sanitari ed extrasanitari. Fra essi vanno privilegiati: il fumo di tabacco, gli infortuni stradali, gli infortuni sul lavoro, gli incidenti domestici.

Le attività consuete vanno potenziate e ne va curata al massimo la qualità, fra queste va posto maggiore impegno su: malattie professionali, controllo dei pesticidi in agricoltura e nell’ambiente, controllo di sostanze chimiche nell’ambiente (REACH), vaccinazioni.

Si sottolinea l’importanza strategica per le ASL dei servizi di igiene e sanità pubblica che dovranno sviluppare competenze sempre maggiori per supportare le Direzioni aziendali nell’interpretazione dei bisogni della popolazione di riferimento e nella valutazione delle risposte dei servizi sanitari locali.

In particolare dovrà essere implementata l’attività epidemiologica, di intreccio tra matrici ambientali, fattori di rischio per la salute e patologie prevalenti, di proposta di soluzioni, informazione, formazione e educazione alla salute nei seguenti campi in stretto rapporto con Laziosanità-ASP, l’Agenzia regionale per la protezione dell’ambiente, il Dipartimento di Epidemiologia del SSR e gli Enti locali nei seguenti settori prioritari:

- acqua destinata al consumo umano;
- acque di balneazione;
- inquinamento atmosferico nelle aree urbane o a particolare concentrazione industriale;
- utilizzo di antiparassitari in agricoltura e organismi geneticamente modificati;
- campi elettromagnetici;
- piani regolatori dei Comuni;
- tecnologie industriali con impatto sulla salute dei cittadini;
- tecnologie industriali con impatto sulla salute degli addetti.

In generale appare necessario rilanciare una riflessione culturale di ampio respiro sulla prevenzione, aggiornando metodi e strategie in rapporto ai problemi e superando la genericità dell'approccio preventivo.

#### **SICUREZZA ALIMENTARE**

Nell'ambito del Dipartimento di prevenzione, occorre conferire una multidisciplinarietà d'approccio alle attività relative alla sicurezza alimentare. Tali attività riguardano sia gli alimenti di origine animale che quelli di origine vegetale, oltre ai nuovi ambiti derivanti dall'aumentato utilizzo degli OGM, integratori alimentari e altre problematiche emergenti.

Il Servizio Igiene degli alimenti e della nutrizione deve coniugare il controllo igienico degli alimenti e delle bevande e il controllo delle qualità nutrizionali degli stessi; ciò non solo per la prevenzione delle patologie di tipo infettivo-tossicologico, ma anche delle patologie dismetaboliche legate ad una non corretta alimentazione.

Per un corretto approccio alla sicurezza alimentare le attività di tipo medico devono essere integrate con quelle di tipo veterinario nell'ambito del Dipartimento di prevenzione. Per le specificità relative alle attività veterinarie di questo campo, si veda il successivo paragrafo 3.h.1.

#### **3.h.1 Veterinaria**

Alla Sanità pubblica veterinaria spettano compiti complessi e articolati; sinteticamente essi possono essere riassunti nella gestione complessiva della salute animale, del delicato equilibrio uomo-animale-ambiente e della tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale.

Nella realtà della regione Lazio la sicurezza alimentare e il comparto agro-zootecnico rivestono caratteristiche di notevole importanza economica e sociale.

La regione Lazio con i suoi 300.000 capi bovini distribuiti in più di 14.000 allevamenti, 900.000 capi ovicaprini distribuiti in quasi 7.000 aziende rappresenta sicuramente una delle realtà zootecniche della Italia centro-meridionale più rilevanti; a ciò si aggiunga il vasto bacino di consumo di alimenti rappresentato da una regione con più di 5.000.000 di abitanti e, peraltro, meta turistica indubbiamente rilevante.

L'industria alimentare, naturale terminale delle produzioni agro-zootecniche è presente con impianti di notevole rilevanza (nel Lazio sono attivi 857 impianti a riconoscimento comunitario per la trasformazione dei prodotti di origine animale: 508 per le carni, 163 per i prodotti della pesca e molluschi, 186 per latte, prodotti lattiero-caseari, uova e ovoprodotti); la regione inoltre si distingue anche per nicchie di produzione agro-zootecnica di pregio e qualità quali per esempio l'allevamento bufalino (la regione Lazio è seconda solo alla Campania per numero di capi di tale specie allevati) e l'allevamento del bovino maremmano, razza autoctona da carne allevata da sempre con sistemi eco-compatibili.

## Problemi

Le recenti emergenze che hanno investito il sistema agro-zootecnico-alimentare: blue tongue, influenza aviaria, diossina, encefalopatia spongiforme bovina testimoniano l'importanza che assume la medicina veterinaria pubblica nella prevenzione collettiva per assicurare la salute degli animali e la salubrità degli alimenti di origine animale.

Un'inchiesta realizzata per conto della Commissione Europea in tutti gli Stati membri dell'Unione ha rivelato che oggi il problema più sentito dai consumatori è quello della sicurezza dei prodotti alimentari da essi consumati. Che si tratti di ormoni, di antibiotici, di crisi di mucca pazza, dell'influenza aviaria, la sensibilità del pubblico sulle questioni relative alla sicurezza alimentare non è mai stata così attenta e richiede una risposta adeguata da parte della Sanità pubblica. Tali eventi hanno messo in evidenza l'importanza dei problemi della salubrità e della sicurezza sanitaria veterinaria nonché come essi si propagano all'interno della catena alimentare e del mercato ormai globale. Hanno pure confermato che nel corso delle emergenze alimentari i consumatori, così come i produttori, considerano la presenza di servizi pubblici di controllo efficienti ed efficaci un fattore di tutela e garanzia.

Un elemento di forza di questa fiducia dei consumatori è rappresentato dal modello italiano dei servizi di sanità pubblica veterinaria, incardinati nel Servizio sanitario nazionale e rappresentati ai diversi livelli di governo: Ministero del Welfare, Regione, ASL e Istituto zooprofilattico sperimentale, in un'efficace sinergia per il controllo di tutta la filiera produttiva.

La funzione di tutela sanitaria svolta dalla sanità pubblica veterinaria può essere assicurata solo da servizi che operano secondo livelli organizzativi omogenei e con standard di elevata qualità, in cui non siano presenti anelli deboli della catena che inficino l'attività complessiva.

Nel 2004, con l'approvazione del cosiddetto "pacchetto igiene", l'UE ha avviato un importante processo di revisione della normativa comunitaria relativa alla sicurezza alimentare e alla tutela dei consumatori che, tenuto conto di alcune deroghe temporanee e norme transitorie previste dai regolamenti 2074 e 2076/05, dovrebbe concludersi entro il 2009.

La Comunità identifica la sicurezza degli alimenti come il risultato di diversi fattori:

- rispetto dei requisiti minimi d'igiene
- elaborazione e realizzazione da parte dell'operatore alimentare di programmi e procedure per la sicurezza degli alimenti basati sui principi del sistema HACCP
- controlli ufficiali per verificare l'efficacia dei suddetti programmi e procedure.

La nuova normativa comunitaria ha rivisto fra l'altro la disciplina del controllo ufficiale attraverso il regolamento (CE) n. 882/2004 del Parlamento europeo e del consiglio del 29 aprile 2004 relativo ai "Controlli ufficiali intesi a verificare la conformità alla normativa in materia di mangimi e di alimenti e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali" e il regolamento (CE) n. 854/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio relativo alle norme specifiche per l'organizzazione dei controlli ufficiali sui prodotti di origine animale, destinati al consumo umano.

Tali regolamenti, sulla scorta delle carenze riscontrate a livello comunitario, centrano l'attenzione sui criteri di funzionamento e organizzazione del controllo ufficiale, mediante la puntuale definizione dell'"Autorità Competente", come titolare della funzione stessa in un unico sistema a rete a livello di ogni singolo Stato membro.

Il governo ha recepito l'indicazione comunitaria attraverso il D.lgs. 193/2007 prevedendo, quali autorità competenti per la sicurezza alimentare, tre livelli territoriali: Ministero, Regione e ASL.

Il sistema di controllo della Sanità pubblica veterinaria e della Sicurezza alimentare è ben delineato nella sua articolazione territoriale ma soffre a livello regionale e delle Aziende sanitarie di una non completa integrazione tra i Servizi Veterinari (Sanità animale, Igiene degli alimenti e Igiene degli allevamenti) e il Servizio medico di Igiene degli alimenti e della nutrizione; tale integrazione è peraltro già stata sperimentata con successo a livello governativo laddove è stato istituito, presso il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, il Dipartimento della Sanità pubblica veterinaria della nutrizione e della sicurezza degli alimenti.

Una risposta plausibile a tale esigenza di integrazione dovrebbe prevedere in prima istanza la riunificazione di tutte le competenze che afferiscono alla Sanità pubblica veterinaria ed alla Sicurezza alimentare in unica struttura regionale cui far seguire a livello territoriale un'organizzazione speculare, senza che ciò comporti alcuna destrutturazione dell'unitarietà delle attività di prevenzione.

### **Risposte**

L'attuale quadro di riferimento – normativo e tecnico – definito dall'UE offre numerosi spunti per una revisione critica e un'innovazione del sistema regionale di gestione e garanzia della Sanità pubblica veterinaria e della Sicurezza alimentare.

Attualmente a livello regionale le competenze della Sicurezza alimentare sono distribuite tra due aree, quella di *Sanità pubblica, sicurezza alimentare*, che si occupa degli alimenti di origine vegetale, e quella di *Sanità veterinaria* che invece vigila su quelli di origine animale, all'interno della Direzione Politiche della prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro.

Un modello organizzativo più consono e integrato, in linea con l'attuale organizzazione della materia a livello del Ministero e della maggioranza delle Regioni, dovrebbe prevedere l'integrazione delle funzioni di Sicurezza alimentare all'interno della stessa area.

Una siffatta organizzazione supererebbe l'obsoleta differenziazione di competenze sull'igiene degli alimenti e una completa integrazione delle funzioni per rispondere al meglio alle richieste più volte rappresentate dal FVO (Food Veterinary Office – Ufficio veterinario alimentare della Commissione Europea) nel corso delle numerose ispezioni già svolte nel nostro paese.

La nuova filosofia dei controlli implica un'attenzione spostata dal prodotto verso il controllo di filiera integrato, con lo slogan ormai ben conosciuto e riuscito “dai campi alla tavola”.

La nuova organizzazione regionale si tradurrebbe automaticamente a livello aziendale con notevoli benefici in termini razionalizzazione delle risorse, univocità delle prestazioni, multidisciplinarietà.

Oltre agli aspetti di carattere organizzativo, di cui si già è detto, si ritiene di evidenziare alcune azioni che la Regione dovrà intraprendere in questo delicato settore per perseguire una strategia di miglioramento della qualità dei Servizi e delle produzioni agro-alimentari:

- delineare il percorso per giungere all'accREDITAMENTO dei Servizi competenti in materia di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare. In particolare è necessario definire preliminarmente i livelli di competenza e gli standard di funzionamento degli stessi, per poi introdurre un sistema di audit (interni ed esterni), proprio al fine di garantire un livello accettabile e omogeneo di qualità di tutte le componenti del SSR a livello centrale e

- periferico, ivi inclusa la rete dei laboratori dell'Istituto zooprofilattico sperimentale delle Regioni Lazio e Toscana;
- garantire la compatibilità applicativa dei diversi sistemi informativi nazionali e regionali, alla luce delle nuove esigenze dettate dal controllo lungo tutta la filiera produttiva, per disporre di un sistema rapido di consultazione e programmazione sanitaria in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria; tale compatibilità dovrà essere assicurata, attraverso l'integrazione dei sistemi informativi esistenti, ivi compresi il SIEV (Sistema informativo epidemiologico veterinario) e il SIL (Sistema informativo laboratori) utilizzato dall'Istituto zooprofilattico delle Regioni Lazio e Toscana, nonché l'attivazione delle strutture di raccordo previste dalla D.G.R. 877/2006 e un'adeguata organizzazione dei Servizi a livello di Aziende sanitarie locali;
  - elaborare progetti specifici in materia di sicurezza alimentare finalizzati all'individuazione di procedure e flussi utili alla definizione di piani per i controlli ufficiali e per le emergenze epidemiche veterinarie ed alimentari;
  - sviluppare le attività di epidemiologia in ambito di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare, favorendo le integrazioni con l'Osservatorio epidemiologico veterinario regionale nonché con le restanti attività epidemiologiche nell'ambito della prevenzione;
  - elaborare il Piano regionale per la formazione degli operatori della Sanità pubblica veterinaria e Sicurezza alimentare finalizzato all'innalzamento della qualità delle prestazioni e al raggiungimento degli obiettivi fissati dalla programmazione regionale, che tenga conto concretamente dei fabbisogni formativi percepiti dagli operatori. Per la specificità della materia le strutture formative delle Aziende sanitarie locali, nell'ambito degli obiettivi formativi stabiliti dal Piano Regionale, dovranno avvalersi della collaborazione dell'Istituto zooprofilattico e di Società scientifiche di Sanità pubblica veterinaria e Sicurezza alimentare accreditate;
  - valorizzare la funzione della tutela del benessere animale collocandola nell'alveo naturale della Sanità pubblica veterinaria, (Area di Sanità veterinaria regionale) strettamente integrata, per le questioni attinenti al controllo del randagismo e all'igiene urbana veterinaria, con le attività dei Comuni. Per tale specifica funzione si rende necessaria anche un'adeguata articolazione territoriale delle ASL che preveda la presenza di strutture organizzative dedicate a tale funzione;
  - raggiungimento delle qualifica sanitaria di territori indenni per Brucellosi bovina ed ovicaprina, Tubercolosi, Leucosi bovina per tutte le cinque province del territorio regionale, anche attraverso specifici programmi regionali e/o provinciali e/o aziendali;
  - proseguire l'attività di controllo, prevenzione ed eradicazione delle altre malattie infettive degli animali, già presenti o che dovessero verificarsi sul territorio regionale.

### **3.i L'organizzazione dell'assistenza per la Salute Mentale**

La salute mentale è uno degli obiettivi prioritari di salute del presente Piano sanitario. Nella Parte II al cap.8 viene tracciato il rationale di questa scelta e descritta la situazione generale. In questo capitolo si vuole tracciare il quadro epidemiologico, la situazione dell'offerta di servizi, le effettive funzioni del Dipartimento di Salute Mentale nonché

l'esplorazione dei problemi, gli obiettivi da realizzare, le azioni attraverso cui si intendono realizzare. infine si produce una stima del fabbisogno per le strutture deputate alla tutela della salute e alla cura delle patologie. Gli interventi per la tutela della salute mentale e la riabilitazione in età evolutiva sono invece descritti nella Parte III cap. 5.

## **Epidemiologia**

Un'analisi ad hoc ha mostrato, tra la popolazione che ha avuto accesso ai servizi di salute mentale nel periodo 2001-2007, un aumento del numero di persone con un trattamento attivo nell'anno (da 56.832 a 63.977<sup>4</sup>, +12,6%). Tale valore rappresenta, per il 2007, l'1,4% della popolazione di età ≥ 18 anni residente nel Lazio.

Nel 2008, fra le dimissioni da SPDC i disturbi schizofrenici rappresentavano il 36,7%, le psicosi affettive il 28,3% e i disturbi della personalità il 12,2%. La percentuale di Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO) nella regione era pari all'10,0% (8,8% nel 2007).

Il comparto privato nel 2008 era costituito da 12 reparti operanti presso CdC NP per 1.057 p.l. accreditati ed effettivamente utilizzati e 1 reparto privato autorizzato con 26 p.l. Complessivamente hanno prodotto 6.240 dimissioni (+4,0% rispetto al 2007), con 254.359 giornate di degenza nell'anno (+1,7%). Tali valori rappresentano il 39,4% di tutte le dimissioni da reparti psichiatrici nel Lazio e il 71,4% delle giornate di degenza corrispondenti. Per il 2008, i disturbi schizofrenici rappresentavano il 30,5% delle dimissioni, le psicosi affettive il 31,3% e i disturbi della personalità l'11,3%.

Il consumo di farmaci antidepressivi (AD) a carico del SSN presenta un costante aumento nel periodo 2004-2007, con una prevalenza d'uso per gli AD nel 2007 pari a 49,7 per 1.000 abitanti (46,1 nel 2004). Per gli antipsicotici (AP) la prevalenza d'uso nel 2007 era pari a 9,2 per 1.000 abitanti.

## **Dimensione dell'offerta**

Nel Lazio i 12 Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) gestiscono le risorse e le attività per la tutela della salute mentale esistenti nel territorio di ciascuna ASL. Ad essi afferiscono (anno 2009) 67 Centri di salute mentale (CSM). Le altre risorse afferenti ai DSM includono 34 ambulatori periferici, 60 centri diurni, 61 strutture residenziali delle quali 21 terapeutico-riabilitative e 40 socio-assistenziali. Sono parte integrante dei DSM inoltre 22 Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC), e 11 Day hospital. In nessuna ASL viene raggiunto lo standard tendenziale di 1 p.l. per 10.000 abitanti.

Nella città di Roma operano presso Aziende universitarie 2 reparti psichiatrici con 21 p.l. e 4 DH con 26 p.l. Nel settore privato erano presenti 12 reparti di degenza provvisoriamente accreditati presso Case di Cura NeuroPsichiatriche (CdC NP) con 1.114 p.l.<sup>5,6</sup> L'assistenza psichiatrica semiresidenziale e residenziale è erogata anche presso strutture psichiatriche provvisoriamente accreditate<sup>7</sup> delle quali 70 residenziali (terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative) e 8

---

<sup>4</sup> Per il 2007 il valore relativo ai CSM della ASL RMC è stato stimato.

<sup>5</sup> Cfr. DECRETO DEL PRESIDENTE IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA 5 settembre 2008, n. 15. Definizione dei fabbisogni sanitari della Regione Lazio dell'assistenza residenziale per la salute mentale. Ridefinizione di alcune funzioni assistenziali delle Case di cura Neuropsichiatriche. Approvazione della "Relazione tecnica di ridefinizione di alcune funzioni assistenziali delle Case di cura Neuropsichiatriche" (All. 1) e della "Relazione sulla attività delle Case di cura Neuropsichiatriche: dati di attività 2007" (All. 2).

<sup>6</sup> DECRETO DEL PRESIDENTE IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA 7 luglio 2009, n. 48. Approvazione "Integrazione e modifica dei requisiti di cui alla deliberazione Giunta regionale 424/2006" (All. 1); "Ridefinizione dell'offerta complessiva di posti letto nelle Case di cura Neuropsichiatriche e valorizzazione delle relative tariffe" (All. 2).

<sup>7</sup> D.G.R. n. 146 del 14 febbraio 2005.

centri diurni. In tali strutture sono disponibili 827 p.l. in regime di residenzialità e 116 posti in regime di semiresidenzialità. A seguito del Piano di rientro, della definizione del fabbisogno regionale e del successivo Decreto n. 15 è stata avviata una modificazione dell'offerta, con una riduzione dei posti letto ospedalieri delle CdC NP e una rimodulazione dei posti letto in strutture residenziali, una parte dei quali deriva dalla riconversione di una quota parte dei p.l. complessivi delle CdC NP in strutture alternative al ricovero ospedaliero, con particolare riferimento all'area socio-assistenziale con residenzialità protetta. In particolare, il nuovo assetto prevede la riduzione a 800 posti dell'offerta presso le CdC NP, così articolata: 240 posti letto per ricoveri in Reparto psichiatrico ospedaliero terapeutico-riabilitativo (RPO t-r); 280 posti per l'ospitalità in Strutture residenziali psichiatriche terapeutico-riabilitative, sia intensive (SRTRi) che estensive (SRTRe); 280 posti per l'ospitalità in Strutture residenziali psichiatriche socio-riabilitative, con assistenza sulle 24 h (SRSR 24h) o sulle 12 h (SRSR 12h). Nell'ambito complessivo della riorganizzazione dell'offerta in questo ambito, per l'avvenuta scadenza della convenzione esistente fra Policlinico Tor Vergata e Casa di cura S. Alessandro di Roma<sup>4</sup> è stata effettuata la chiusura presso quest'ultima di 12 p.l. finalizzati a una ricerca sul trattamento di pazienti resistenti ai farmaci, mentre quella dei 16 p.l. esistenti di ricovero ordinario sarà effettuata non appena il Policlinico Tor Vergata avrà reso operativo il nuovo SPDC (data prevista: entro il 2010).

Relativamente alla distribuzione non omogenea dei p.l. derivanti dalla riconversione delle CdC NP, questa dovrà essere presa in considerazione al momento della concessione degli accreditamenti e degli accordi contrattuali per le nuove strutture residenziali (ed eventualmente per quelle già esistenti).

## **Il Dipartimento di Salute Mentale**

Il Dipartimento di Salute Mentale è deputato all'offerta dei servizi e livelli assistenziali e alla realizzazione degli interventi per la promozione, la tutela della salute mentale e la riabilitazione in età adulta.

Gli obiettivi di salute e le azioni definite nella Parte II del presente Piano sanitario regionale 2010-2012 sono assegnati al Dipartimento di Salute Mentale che, attraverso le strutture operative territoriali e ospedaliere, svolge attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disagio mentale e dei disturbi psichici, secondo quanto previsto dalla D.G.R. n. 236 dell'8 febbraio 2000 (Progetto Obiettivo Regionale Salute Mentale). Esso è dotato di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile; è organizzato in centri di costo e di responsabilità.

Compete al Direttore la gestione delle risorse assegnategli dal Direttore generale per il raggiungimento degli obiettivi programmati.

Il Dipartimento si connota come "Orientato alla Comunità" e opera, articolando e coordinando la propria azione sia a livello territoriale che ospedaliero, attraverso una rete di servizi, fortemente radicati nella comunità locale di riferimento, che assicurano nel loro complesso livelli di assistenza, in grado di assicurare una risposta completa e articolata ai bisogni di salute delle persone portatrici di disagio e disturbo mentale.

Il Dipartimento garantisce la predisposizione di percorsi assistenziali integrati, di procedure operative omogenee, promuovendo la partecipazione e il protagonismo degli operatori degli utenti e dei loro familiari e assicura il coordinamento dei servizi di salute mentale ai livelli di: distretto, azienda e regione.

## **Funzioni del Dipartimento di Salute Mentale**

Il Dipartimento di Salute Mentale assicura e svolge le seguenti funzioni:

- la promozione della salute mentale, in collaborazione con i servizi per l'educazione e promozione della salute e la comunicazione istituzionale e per le attività consultoriali e le dipendenze, attraverso la diffusione di contenuti culturali e informativi e di specifiche azioni rivolte alle scuole, ai luoghi di lavoro, agli ospedali, ai luoghi di aggregazione, alle associazioni culturali, con particolare attenzione alle categorie, agli individui e ai gruppi sociali più esposti;
- la prevenzione attraverso l'intervento precoce sui gruppi a più alto rischio, in particolare con azioni programmate in integrazione funzionale, tramite specifici protocolli, con i Distretti, i SerT, il Dipartimento Materno-infantile riguardanti: la depressione post-natale, i disturbi del comportamento alimentare, i disordini dell'adolescenza, gli esordi psicotici, la depressione e il suicidio, la comorbidità psichiatrica;
- la diagnosi, cura e riabilitazione degli adulti con disagio e disturbi psichici, con l'obiettivo di assicurare la loro migliore qualità di salute e di vita nonché, in collaborazione e integrazione con l'Ente locale, l'integrazione sociale, scolastica e lavorativa<sup>8</sup>;
- l'accessibilità dei servizi e dei percorsi assistenziali, a partire dal distretto, su tutto il territorio aziendale e secondo le modalità e i livelli uniformi di assistenza, garantendone l'omogenea applicazione a livello aziendale;
- la continuità delle cure, a livello professionale e di rete a livello di ASL;
- la programmazione e la regia della rete di offerta complessiva dei servizi attraverso lo svolgimento, oltre alla gestione diretta di servizi, di un ruolo attivo di governo, vigilanza e verifica dei processi, anche nei confronti delle strutture accreditate, finalizzato a tutelare la salute mentale e a garantire la qualità in tutti gli ambiti di cura;
- il governo dell'appropriatezza dei percorsi personalizzati terapeutici, riabilitativi, assistenziali e di reinserimento sociale attuati dalle strutture pubbliche e private autorizzate attraverso l'attivazione di strumenti organizzativi e procedurali che consentano di svolgere le funzioni di vigilanza, controllo, valutazione multidisciplinare, gestione delle liste di attesa, autorizzazione all'accesso, registrazione giornaliera dei presenti e comunicazione ai DSM di pertinenza territoriale<sup>9</sup>;
- la consulenza nell'urgenza-emergenza per i disturbi mentali sia a livello territoriale che ospedaliero, in collegamento con il Dipartimento dell'Emergenza-Urgenza ARES 118, con i medici di medicina generale e i servizi di continuità assistenziale;
- lo sviluppo di azioni, con la partecipazione di soggetti pubblici e privati, reti informali e familiari, organizzazioni del terzo settore, volte a rafforzare le relazioni solidali nella comunità nei confronti degli adulti con disturbi psichici, e a rendere loro accessibili i circuiti comuni della vita quotidiana per superare la stigmatizzazione e l'emarginazione sociale;

---

<sup>8</sup> DECRETO DEL PRESIDENTE IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA 5 settembre 2008, n. 18. Approvazione della "Programmazione per l'integrazione sociosanitaria nella Regione Lazio" e delle "Linee guida per la stesura del Piano Attuativo Locale triennale 2008-2010".

<sup>9</sup> DECRETO DEL PRESIDENTE IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA 5 settembre 2008, n. 15. Definizione dei fabbisogni sanitari della Regione Lazio dell'assistenza residenziale per la salute mentale. Ridefinizione di alcune funzioni assistenziali delle Case di cura neuropsichiatriche. Approvazione della "Relazione tecnica di ridefinizione di alcune funzioni assistenziali delle Case di cura neuropsichiatriche" (All. 1) e della "Relazione sulla attività delle Case di cura neuropsichiatriche: dati di attività 2007" (All. 2).  
 DECRETO DEL PRESIDENTE IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA 7 luglio 2009, n. 48. Approvazione "Integrazione e modifica dei requisiti di cui alla deliberazione Giunta regionale 424/2006" (All. 1); "Ridefinizione dell'offerta complessiva di posti letto nelle Case di cura neuropsichiatriche e valorizzazione delle relative tariffe" (All. 2).



- la promozione, nell'ambito dei Piani attuativi locali per i servizi sociosanitari e sociali e dei Piani di zona, di azioni programmate in collaborazione con i servizi sociali e gli enti locali, per rispondere ai bisogni di casa e di lavoro delle persone con problemi di salute mentale;
- la promozione di opportunità di sviluppo per i gruppi e associazioni di auto-mutuo aiuto, le cooperative sociali di tipo B, le associazioni di utenti e le associazioni di familiari;
- il supporto ai familiari degli utenti e il loro coinvolgimento attivo, con particolare riferimento ai giovani adulti in fase di esordio, nell'attuazione del progetto terapeutico-riabilitativo individuale, anche attraverso l'attuazione di interventi mirati di sostegno alla gruppo familiare;
- la documentazione e il monitoraggio delle attività e delle prestazioni, attraverso i sistemi informativi che garantiscano la risposta al debito informativo verso il SISP di Laziosanità-ASP;
- l'attivazione di programmi nell'ambito del sistema qualità aziendale per il miglioramento continuo della qualità assistenziale e l'adozione sistematica di strumenti e azioni per la verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza delle cure e per la valutazione della soddisfazione degli utenti e dei loro familiari;
- la definizione e l'attuazione del piano per la formazione continua di tutti gli operatori, con particolare attenzione ai percorsi formativi e di inserimento lavorativo dei neo-assunti, avvalendosi anche del contributo dell'Università e delle Società scientifiche;
- la collaborazione con il servizio farmaceutico dell'Azienda per la farmacovigilanza;
- la promozione di attività di ricerca e di ricerca-intervento.

### **Modalità operative**

Il Dipartimento di salute mentale, per il raggiungimento delle finalità indicate, adotta i principi metodologici della progettazione per obiettivi, della programmazione delle attività, del controllo qualitativo delle prestazioni erogate.

In particolare opera garantendo, nel rispetto dei vincoli di destinazione delle risorse finanziarie assegnategli:

- il carattere unitario della gestione e della organizzazione della rete dei presidi e dei servizi, compresi gli SPDC anche se attivati presso Aziende ospedaliere;
- la massima integrazione multidisciplinare mediante il lavoro di gruppo pluri e interdisciplinare, mirando alla valorizzazione di tutte le professionalità, identificando le specifiche aree di competenza;
- la flessibilità operativa, ispirata ai principi della continuità terapeutica, dell'equità dell'accesso e dell'unitarietà del percorso assistenziale.

Il Dipartimento opera promuovendo attivamente:

- il collegamento operativo e funzionale con i medici di medicina generale (anche nelle loro organizzazioni di gruppo), al fine di costituire una rete integrata di servizi in collaborazione con le unità territoriali delle cure primarie e con i servizi sociali;
- il rapporto con i Dipartimenti universitari sia nell'ambito della ricerca che della didattica, in coerenza con gli obiettivi della Regione Lazio. In ambito clinico assistenziale gli SPDC collocati nei Policlinici Universitari operano nell'ambito di specifiche convenzioni di integrazione assistenziale con il DSM dell'Azienda sanitaria territorialmente competente.

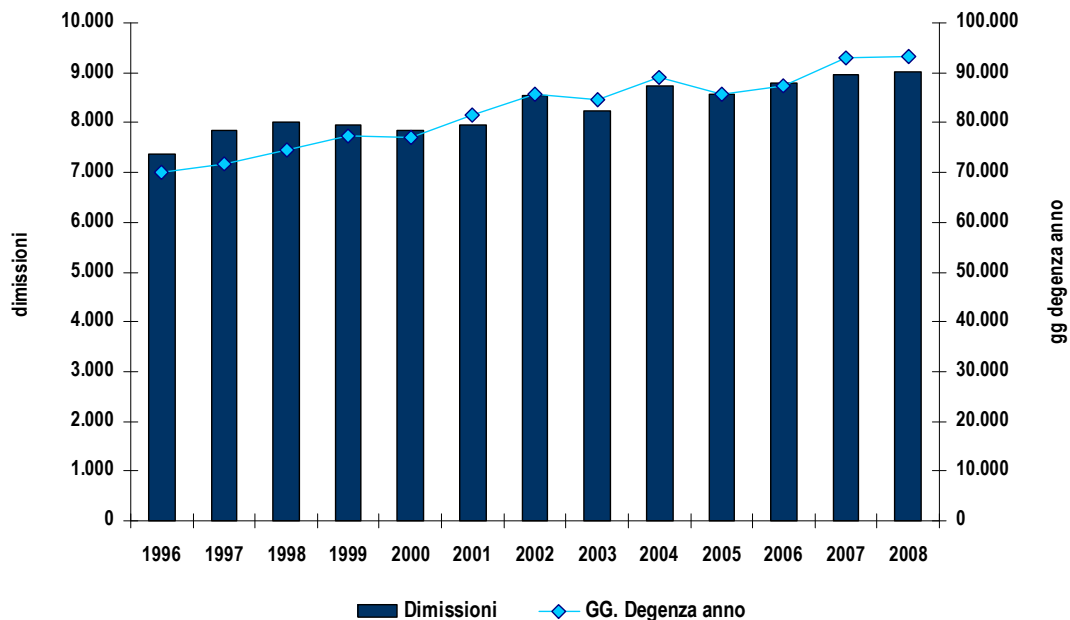
## Attività nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC)

Gli **SPDC** operanti sul territorio del Lazio nel 2008 erano 23 per un totale di 276 posti letto (pl), con una diminuzione di 3 pl rispetto al 2007. La dotazione di posti letto in SPDC sulla popolazione residente del Lazio (tutte le età) era pari a 0,50 pl ogni 10.000 abitanti.

Le persone dimesse nell'anno sono state 6.179 ed hanno prodotto 9.030 dimissioni, facendo registrare un aumento rispetto al 2007 dello 0,6% (+22,8% rispetto al 1996), come indicato in figura 1. Le giornate di degenza consumate nel corso dell'anno 2008 sono state 93.374 (+ 0,5% rispetto al 2007; +33,5% rispetto al 1996).

Il 52% delle dimissioni prodotte era attribuibile a soggetti di sesso maschile (rapporto U/D=1,1). L'età media risultava pari a 40,8 anni per gli uomini e a 44,3 anni per le donne. La percentuale di dimissioni riferite a soggetti residenti fuori regione risultava essere, a livello regionale, pari al 6,4%, analizzando il dato per istituto si passava dal 1,3% (S. Sebastiano Martire, RMH) al 23,7% (Pol. Umberto I, RMA). Considerando invece il paese di nascita delle persone dimesse dai SPDC della regione nel 2008, il 12,7% delle dimissioni era attribuibile a soggetti nati all'estero, con un range che variava dal 8,1% (S. Sebastiano Martire, RMH) al 21,6% (S. Spirito, RME).

Figura 1 – Dimissioni e giornate di degenza nei SPDC, Lazio 2008.



La percentuale di TSO risulta pari, a livello regionale, al 10% (era 8,8% nel 2007).

La **durata** mediana della degenza negli SPDC complessivamente era di 8 giorni (10,7gg di media). Tale valore variava da 5gg (San Sebastiano Martire, RMH) a 16 gg di degenza mediana (Giovanni Battista Grassi, RMD). Analizzando il dato per classe di diagnosi principale, si sono registrati nel 2008 9gg di degenza mediana per *Schizofrenie/stati paranoidi* e *Psicosi affettive*, 5 per *disturbi di personalità ed oligofrenie* e 3gg per le *dipendenze*.

Considerando le **diagnosi principali**, per il 2008, i *disturbi schizofrenici* rappresentavano il 36,7% delle dimissioni da SPDC (46,7% nel 2007); le *psicosi affettive* il 28,3% (28,2% nel 2007) delle dimissioni e i *disturbi della personalità* il 12,2% (11,5% nel 2007). Analizzando il dato per istituto si passava, per i disturbi schizofrenici, dal 55,2% (San Giacomo, RMA) al 25,4% (San Camillo de Lellis, Rieti). Per le psicosi affettive il valore variava dal 62% (S.Spirito, RME) al 9,6% (Civile di Ceccano, Frosinone). Per quanto riguardava infine i disturbi di personalità, si passava dallo 0,5% (Sant'Andrea, RME) al 31,5% (San Filippo Neri, RME).

I tassi di dimissione standardizzati per età, come indicato in tabella 1, mostrano in generale una maggiore propensione al ricovero per gli uomini (1,9 per 1.000ab residenti) rispetto alle donne (1,60).

**Tabella 1 - Tassi di dimissione stand. per età x 1.000ab residenti**

DSM	Maschi				Femmine			
	Tasso	inf.	-	sup.	Tasso	inf.	-	sup.
RM A	2,20	2,00	-	2,42	1,73	1,56	-	1,91
RM B	1,68	1,54	-	1,84	1,49	1,36	-	1,63
RM C	2,14	1,96	-	2,35	1,83	1,67	-	2,01
RM D	1,45	1,30	-	1,61	1,31	1,18	-	1,46
RM E	2,16	1,97	-	2,37	1,81	1,65	-	1,99
RM F	1,63	1,43	-	1,87	1,33	1,15	-	1,54
RM G	1,78	1,60	-	1,97	1,58	1,42	-	1,76
RM H	1,89	1,71	-	2,08	1,49	1,34	-	1,65
VITERBO	1,19	1,01	-	1,39	1,04	0,88	-	1,23
RIETI	2,58	2,22	-	3,00	1,94	1,64	-	2,30
LATINA	1,87	1,70	-	2,06	1,47	1,33	-	1,63
FROSINONE	2,53	2,32	-	2,76	2,25	2,06	-	2,46
<b>TOTALE SPDC</b>	<b>1,90</b>	<b>1,85</b>	<b>-</b>	<b>1,96</b>	<b>1,60</b>	<b>1,56</b>	<b>-</b>	<b>1,65</b>

#### Accessi in Pronto Soccorso con diagnosi principale psichiatrica

Gli accessi nei PS/DEA con diagnosi principale psichiatrica o consulenza psichiatrica (codice '94' tra le prime 5 consulenze) sono stati nel Lazio nel corso del 2008 pari a 48.742. Il 6,3% di questi accessi era effettuato da minori; il 14,4% faceva riferimento a soggetti nati all'estero.

Considerando i soli soggetti di età maggiore o uguale a 14 anni (93,4%), il 21,3% degli accessi ha avuto come esito un ricovero nello stesso istituto del PS/DEA. Tale percentuale saliva al 28,9% nel caso di istituti dotati di SPDC o Reparto psichiatrico universitario vs il 5% registrato nei PS/DEA non dotati di Reparto 40 (tabella 2).

**Tabella 2 - Accessi nei PS/DEA con diagnosi principale psichiatrica o consulenza psichiatrica, Lazio 2008.**

<b>Pronto Soccorso in istituto pubblico dotato di SPDC o Rep. psych. Universitario (Rep. 40)</b>	<b>Accessi in PS con diagnosi principale psichiatrica</b>	<b>% accessi con ricovero in Rep. 40</b>	<b>% accessi con ricovero in reparto diverso da 40</b>	<b>% complessiva di accessi con esito ricovero nello stesso istituto</b>	<b>% accessi con diagn. principale psichiatrica, trasferiti da altro istituto</b>	<b>% accessi con diagn. principale psichiatrica ed esito = trasferimento</b>
Sandro Pertini	2.714	12,3	2,2	14,5	1,2	3,4
San Giovanni	2.132	27,2	5,9	33,0	2,5	2,6
San Giuseppe	1.954	18,0	4,0	22,0	4,2	2,9
Santa Maria Goretti	1.790	20,4	4,0	24,4	0,3	0,9
San Camillo- Forlanini Generale	1.664	20,1	4,3	24,4	0,7	0,4
Santo Spirito	1.567	27,4	7,8	35,2	1,0	2,6
Dono Svizzero	1.456	20,4	4,7	25,1	2,3	1,0
San Filippo Neri	1.390	29,1	8,5	37,6	0,9	1,2
Sant' Eugenio	1.371	24,8	3,9	28,7	1,0	0,5
Giovanni Battista Grassi	1.270	18,2	1,8	20,0	0,0	4,3
Sant'Andrea	1.259	24,9	3,3	28,3	0,2	5,9
San Giovanni Calibita - FBF Policlinico Umberto I Centrale	1.222	30,0	4,6	34,6	3,4	7,4
Belcolle	1.194	24,0	10,3	34,3	0,1	2,8
San Sebastiano Martire	1.176	23,5	5,4	28,8	3,5	5,4
San Giovanni Evangelista	1.149	42,5	4,5	47,0	1,3	4,0
Pasquale Del Prete Policlinico Tor Vergata (Roma)	1.033	27,5	2,3	29,8	3,3	3,3
Civile di Ceccano	847	29,0	7,3	36,4	10,4	0,8
San Camillo de Lellis	827	0,0	2,4	2,4	0,0	4,5
San Paolo	800	50,3	4,0	54,3	8,0	4,4
Santissima Trinità	778	38,2	14,8	53,0	0,9	0,1
Angelucci	763	30,0	11,8	41,8	2,8	0,9
San Giacomo	657	29,8	1,7	31,5	6,8	1,5
San Giacomo	453	54,5	2,0	56,5	10,2	0,7
<b>Totale</b>	<b>29.914</b>	<b>24,8</b>	<b>5,0</b>	<b>29,8</b>	<b>2,2</b>	<b>2,7</b>
<b>NON dotati di Rep. 40</b>	<b>15.615</b>	<b>0,0</b>	<b>5,0</b>	<b>5,0</b>	<b>0,4</b>	<b>3,9</b>
<b>Totale 2008</b>	<b>45.529</b>	<b>16,3</b>	<b>5,0</b>	<b>21,3</b>	<b>1,6</b>	<b>3,1</b>

## Strutture residenziali psichiatriche

Il Progetto Obiettivo Nazionale 1998-2000 per la tutela della salute mentale fissava lo standard tendenziale di posti in SR psichiatriche in 1 posto x 10.000 abitanti; tale valore poteva essere raddoppiato qualora nelle Aziende sanitarie insistevano ospedali psichiatrici. A fronte dello standard proposto, già nel 2000 un'indagine nazionale rilevava 2,96 posti letto x 10.000 abitanti, con una spiccata variabilità fra regioni (da 1,55 per la Campania a 6,93 per l'Abruzzo)<sup>10</sup>. Il dato nazionale veniva confermato da una rilevazione effettuata dal Ministero l'anno successivo<sup>11</sup>.

Ai fini del calcolo del fabbisogno complessivo di posti per la salute mentale in reparti di degenza o in strutture residenziali per un dato territorio, una valutazione accurata finalizzata alla stima della prevalenza in un anno di "disturbi mentali gravi e persistenti" in un territorio urbanizzato<sup>12</sup> parla di 13,5 casi x 10.000 ab. Solo una parte di questi richiederà il ricovero o il trattamento presso strutture residenziali. Occorre notare come, a lato della generale tendenza osservata nei paesi Europei volta a ridurre il numero complessivo di posti letto in ospedale psichiatrico, ancora evidente fra il 1990 e il 2002, è stato osservato un significativo aumento del ricorso alle strutture residenziali psichiatriche nell'ambito di un più generale processo caratterizzato da maggiori livelli di prescrittività e descritto come di re-istituzionalizzazione<sup>13</sup>. In Italia tale processo appare meno marcato rispetto a quanto si è verificato in altri paesi europei; tuttavia nel 2006 un'indagine che ha utilizzato il Lazio e la Lombardia come riferimento ha riscontrato tassi notevolmente più elevati dello standard (Lazio: 2,4; Lombardia: 3,9)<sup>14</sup>. Il valore riscontrato in Lombardia deve tenere conto della costante e più precoce pressione esercitata dalle Associazioni di Familiari per la realizzazione di strutture alternative al ricovero in acuzie, stante la quasi totale assenza – in quella regione – di posti letto in regime di degenza ordinaria ma a minore intensità assistenziale rispetto agli SPDC. Nel Lazio tale percorso si avvaleva anche di un'offerta di posti letto particolarmente consistente nell'ambito del privato accreditato (Case di cura neuropsichiatriche: CdC NP). Tali reparti, pur offrendo trattamenti a minore complessità assistenziale, figuravano però quali "reparti di degenza ordinaria per acuti".

Nel Lazio, a seguito del Piano di rientro (D.G.R. n. 149 del 6/03/2007), del Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta n. 15 del 5 settembre 2008 e del Decreto 48 del 7/7/2009, si è determinata l'offerta di residenzialità terapeutico-riabilitativa sia intensiva che estensiva e socioriabilitativa, nonché l'offerta di posti letto del privato accreditato e quelli a gestione diretta; esse sono descritte nella tabella 3.

Per effetto dei Decreti citati, il tasso complessivo di posti in SR è passato nella nostra regione da 2,4 a 3,4 x 10.000 ab. Quest'ultimo valore risulta essere in linea con i valori riscontrati nelle principali regioni italiane. Nel Lazio, la marcata

---

<sup>10</sup> de Girolamo G, Picardi A, Micciolo R et al. Residential care in Italy. National survey of non-hospital facilities. *British Journal of Psychiatry* 2002; 181: 220-5.

<sup>11</sup> "Rilevazione 2001 del Personale e Strutture dei Dipartimenti di Salute Mentale" – Direzione Generale della Prevenzione Ufficio XI – Redazione Ministerosalute.it dicembre 2002.

<sup>12</sup> Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G et al. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry* 2000; 177: 149-155.

<sup>13</sup> Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A et al. Re-institutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *British Medical Journal* 2005; 330: 123-6.

<sup>14</sup> Priebe S, Frottier P, Gaddini A et al. Mental health care institution in nine European countries, 2002 to 2006. *Psychiatric Services* 2008; 59: 570-3.

variabilità che si osserva nei tassi per ASL risente della distribuzione non omogenea delle CdC neuropsichiatriche sul territorio.

La dimensione dell'offerta in ambito psichiatrico in regime di degenza ordinaria e di residenzialità è descritta nella tabella seguente.

**Tabella 3. Offerta di posti in strutture residenziali psichiatriche e di posti letto in reparti psichiatrici di degenza ordinaria. Lazio, 2008**

ASL	RMA	RMB	RMC	RMD	RME	RMF	RMG	RMH	Frosinone	Latina	Rieti	Viterbo	LAZIO	Tasso x 10.000 ab.
Popolazione 01-01-2008	484.166	681.776	539.156	555.247	522.046	297.910	460.638	520.604	494.815	537.213	156.796	310.650	5.561.017	
Posti SR derivanti dalla riconversione CdC NP *	0	60	0	135	96	0	130	19	0	90	0	30	560	1,01
Posti SR accreditate (pre-esistenti)	10	41	25	0	39	62	184	137	104	215	0	10	827	1,49
Posti SR a gestione diretta DSM	102	76	24	18	140	10	6	0	50	23	40	18	507	0,91
Totale posti in SR	112	177	49	153	275	72	320	156	154	328	40	58	1.894	3,41
Tasso x 10.000 ab.	2,3	2,6	0,9	2,8	5,3	2,4	6,9	3,0	3,1	6,1	2,6	1,9	3,4	
	2,8													

Reparto RPO t-r **				30	120		30	30				30	240	0,43
Posti per acuti in reparti universitari	5	16											21	0,04
Posti per acuti in SPDC	31	15	30	28	34	12	22	25	37	20	12	8	274	0,50
Totale posti per acuti	41	31	30	58	154	12	52	55	37	20	12	38	535	0,97

\* La ripartizione esatta dei 560 posti di SR è stata definita con il Decreto 48/2009, e prevede 280 posti letto per l'ospitalità in strutture residenziali psichiatriche terapeutico-riabilitative sia intensive che estensive, e 280 posti letto per l'ospitalità in strutture residenziali psichiatriche socioriabilitative con assistenza sulle 24 ore o sulle 12 ore.

\*\* Reparto psichiatrico ospedaliero terapeutico-riabilitativo.

### **Obiettivi per la salute mentale**

- Elaborare la stesura di un nuovo progetto obiettivo regionale per la salute mentale, che definisca in modo omogeneo e organico gli obiettivi e le strategie d'intervento nella regione Lazio.
- Progettare e realizzare un sistema informativo per la salute mentale in grado di integrare tutte le informazioni di processo e di esito relative ai trattamenti erogati nell'ambito del sistema complessivo dei servizi per la salute mentale.
- Realizzare un programma di sostanziale riassetto del sistema dell'emergenza psichiatrica, che tenga conto delle criticità emerse ai diversi livelli dei processi organizzativi e degli attori coinvolti.
- Aumentare del 25% il numero di pazienti trasferiti da situazioni residenziali al proprio domicilio.
- Dare centralità ai percorsi e ai processi volti all'inserimento lavorativo dell'utente, momento essenziale per la promozione dell'inclusione sociale.
- Promuovere percorsi di prevenzione, cura e reinserimento relativamente alla salute mentale della popolazione carceraria e individuare strategie finalizzate al superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari.
- Sviluppare linee strategiche d'intervento per dare una risposta alla nuova dimensione multiculturale dei bisogni conseguente all'incremento della popolazione straniera, anche a garanzia dell'equità di accesso.
- Migliorare l'adesione alle cure e la capacità di presa in carico degli utenti.
- Elaborare e sviluppare iniziative preventive di riconosciuta efficacia per individuare e ridurre il rischio di suicidio e di tentato suicidio nei gruppi di popolazione più a rischio.
- Sviluppare un monitoraggio del numero di prescrizioni a carico del SSN di farmaci AD e AP e delle modalità con cui vengono prescritti.

### **Azioni**

- Costituzione di un tavolo di concertazione che si avvalga del contributo di tutti gli attori coinvolti (sanitari e sociali, pubblici e privati, enti locali, associazioni, risorse del territorio, consulte dipartimentali e regionali), per la definizione di strategie innovative che traducano le indicazioni date dalle linee di indirizzo nazionale nel contesto del Lazio.
- Ridefinire il set minimo di informazioni necessarie (minimum data set) per la salute mentale attraverso tutti gli ambiti di intervento interessati: ambulatoriale, residenziale, domiciliare, ospedaliero (inclusivo dell'emergenza psichiatrica)<sup>15</sup>. Complessivamente, tale processo dovrà consentire il monitoraggio continuo della qualità dei livelli di assistenza, la pianificazione dell'offerta sulla base dei bisogni assistenziali rilevati e il monitoraggio degli accordi contrattuali pattuiti con gli erogatori accreditati, nonché la valutazione della congruità delle tariffe rispetto all'effettivo assorbimento delle risorse.

---

<sup>15</sup> Cfr. DECRETO DEL PRESIDENTE IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA 5 settembre 2008, n. 15. Definizione dei fabbisogni sanitari della Regione Lazio dell'assistenza residenziale per la salute mentale. Ridefinizione di alcune funzioni assistenziali delle Case di cura Neuropsichiatriche. Approvazione della "Relazione tecnica di ridefinizione di alcune funzioni assistenziali delle Case di cura Neuropsichiatriche" (All. 1) e della "Relazione sulla attività delle Case di cura Neuropsichiatriche: dati di attività 2007" (All. 2). DECRETO DEL PRESIDENTE IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA 7 luglio 2009, n. 48. Approvazione "Integrazione e modifica dei requisiti di cui alla deliberazione Giunta regionale 424/2006" (All. 1); "Ridefinizione dell'offerta complessiva di posti letto nelle Case di cura neuropsichiatriche e valorizzazione delle relative tariffe" (All. 2).

- Riprogettare il servizio di emergenza psichiatrica territoriale, nell'ambito del tavolo di lavoro regionale al fine di corrispondere più adeguatamente a criteri di appropriatezza ed efficienza. Potenziare la rete dei Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) nella programmazione della rete ospedaliera, anche con l'integrazione dei Policlinici universitari, al fine di ottenere una dotazione di posti letto nel Lazio nei Servizi psichiatrici di diagnosi e cura in direzione dello standard tendenziale.
- Dovranno essere riconosciute, valorizzate e promosse tutte quelle esperienze che si possono indicare come sostegno abitativo, ovvero gruppi-appartamento e case famiglia che rispondono ai bisogni di inclusione sociale con una particolare attenzione al reinserimento lavorativo. Dovranno essere valorizzate le risorse – anche relazionali – messe a disposizione dall'utente nella convivenza, tese a riguadagnare la propria autonomia e la propria autodeterminazione.
- Attivare percorsi di formazione, di ricerca di opportunità lavorative e di sostegno nei percorsi di inserimento, allo scopo di promuovere una reale autonomia degli assistiti. Contribuire alla realizzazione di vere e proprie imprese sociali, in grado di costruire progetti lavorativi che coniugano il diritto al lavoro con i principi di mutualità, solidarietà, sviluppo dell'individuo e del contesto sociale. Attivare gruppi di auto-promozione delle capacità imprenditoriali e cooperativistiche degli assistiti attraverso il ricorso alla metodologia e alla progettazione di esperienze di microcredito.
- Realizzazione di interventi di prevenzione, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale da parte dei DSM di riferimento degli Istituti di pena, e realizzazione di un sistema di sorveglianza epidemiologica e di diagnosi precoce. Di particolare rilievo appare l'attivazione di specifici programmi mirati alla riduzione del rischio di suicidio.
- Attivazione a livello regionale di tutte le azioni opportune, anche attraverso rapporti strutturati tra DSM e Tribunali, per la realizzazione di progetti alternativi all'internamento in OPG resi possibili dalle sentenze della Corte costituzionale (253/2003 e 367/2004).
- Promozione di assetti organizzativi in grado di mettere in comunicazione tra loro i diversi attori istituzionali interessati dall'emergenza migratoria.
- Attivazione presso ciascun DSM di un programma di verifica e revisione sistematica delle modalità di conclusione del trattamento nei CSM. Attuazione di percorsi di cura personalizzati che prevedano la responsabilità di un referente per il caso.
- Formulazione di un modello di prevenzione globale del suicidio, attivazione in ciascun DSM di un piano di monitoraggio dei casi di tentato suicidio.
- Monitoraggio sistematico delle prescrizioni di antidepressivi e antipsicotici con descrizione delle caratteristiche dell'utenza trattata e diffusione di un rapporto sui risultati dell'analisi.

#### **Indicatori**

- Realizzazione di un nuovo progetto obiettivo regionale per la salute mentale entro il secondo anno del presente Piano.



- Allestimento, da parte di Laziosanità-ASP, di un progetto complessivo per la realizzazione di un nuovo sistema informativo regionale per la salute mentale, entro sei mesi dalla pubblicazione del presente Piano, e sua realizzazione entro il secondo anno di vigenza del presente Piano.
- Implementazione della rilevazione del TSO a livello del Sistema informativo per l'emergenza sanitaria (SIES) entro il primo anno del presente Piano.
- Incremento del numero di posti letto in S.P.D.C. Obiettivo da raggiungere: + 15% nel triennio.
- N. di prestazioni svolte fuori sede / n. di prestazioni svolte nelle sedi del DSM / anno.
- N. di persone inserite presso strutture residenziali psichiatriche / n. di utenti trattati presso i DSM / anno.
- N. di persone dimesse da strutture residenziali psichiatriche / n. di utenti trattati presso i DSM / anno.
- N. di inserimenti lavorativi / n. di utenti trattati presso i DSM / anno.
- Realizzazione di almeno un programma specifico di assistenza per la popolazione carceraria per ciascun DSM.
- N. di persone dimesse da OPG / n. di persone ospitate in OPG per DSM di provenienza / anno.
- Almeno un programma contenente le strategie di intervento adottate riguardo alla salute mentale delle popolazioni migranti per ciascun DSM.
- Presenza di un programma di verifica e revisione sistematica delle modalità di conclusione del trattamento, con particolare riguardo a quelle non concordate, per ciascun DSM. Obiettivo da raggiungere: 90%.
- Attivazione di un piano di monitoraggio dei casi di TS e suicidio nella propria utenza, per ciascun DSM.
- Percentuale di pazienti in trattamento con antidepressivi per l'indicazione clinica di depressione maggiore per un periodo superiore a 180 giorni (espresso in ddd), sul totale dei pazienti trattati.

### **3.j Sistema dei servizi per le dipendenze patologiche**

Sul territorio regionale operano 46 Servizi pubblici per le tossicodipendenze. I SerT sono le strutture distrettuali che hanno il compito di erogare le prestazioni relative alla prevenzione, al trattamento e alla riabilitazione delle dipendenze patologiche.

L'utenza dei SerT del Lazio si rileva stabile nel tempo, con circa 14.500 utenti l'anno che accedono ai servizi per l'uso o dipendenza da sostanze stupefacenti illegali; di questi ogni anno circa 2.500 sono nuovi utenti (per approfondimenti epidemiologici: vedi Parte I – Quadro di riferimento, cap. 3.d "Prevenzione e promozione della salute").

La distribuzione regionale mostra una forte concentrazione dell'utenza nel territorio del comune di Roma (il 60% del totale), con una media di 560 utenti l'anno per ogni SerT.

I servizi che operano nel resto del territorio regionale seguono mediamente 250 utenti ogni anno, con una forte variabilità tra i SerT presenti nei capoluoghi di provincia e quelli situati in aree territoriali più piccole.

La maggior parte delle persone in carico ai servizi è rappresentato tuttora dai consumatori di eroina che costituiscono circa il 90% delle persone già in carico o "rientrate". Per quanto riguarda i nuovi utenti, dalla metà degli anni '90 fino al 2003 si è osservato un progressivo aumento della presenza di consumatori di cocaina e una progressiva diminuzione dei consumatori di eroina; dal 2003 in poi la prevalenza di consumatori di cocaina tra i nuovi utenti è rimasta stabile,

mentre è aumentata nuovamente la prevalenza di consumatori di eroina. Nel 2007, circa il 30% dei nuovi utenti è rappresentato da consumatori di cocaina e il 60% da consumatori di eroina. È invece sempre irrilevante il ricorso ai servizi per consumo di altre sostanze, tra cui anche le droghe sintetiche (le cosiddette “nuove droghe”).

L'accesso ai servizi e le caratteristiche delle persone in trattamento sono condizionati non solo dalla prevalenza del consumo ma anche dalla disponibilità dei servizi e dal contesto sociale. È abbastanza evidente infatti che l'aumento dei consumatori di cocaina e cannabis ha coinciso con una diminuzione dell'accesso volontario ai servizi a favore di un invio ai servizi da parte delle Prefetture, con il diminuire del quale si è osservato nuovamente un aumento dei consumatori di eroina e una diminuzione dei consumatori di cocaina e cannabis.

L'offerta di trattamento è estremamente eterogenea, con servizi che offrono prevalentemente trattamenti di tipo psicosociale e altri che offrono prevalentemente trattamenti sostitutivi; i servizi offrono anche interventi di prevenzione primaria le cui caratteristiche differiscono da servizio a servizio.

Accanto ai SerT operano nella regione numerosi servizi del privato sociale non profit con comunità residenziali, semiresidenziali, centri di prima accoglienza diurni e notturni e unità di strada. Le due tipologie di servizi, nonostante l'assenza di una rete strutturata, offrono risposte complementari e integrate, spesso però solo attraverso attività finanziate dal fondo regionale di lotta alla droga.

Il sistema dei servizi per le dipendenze della regione Lazio si pone l'obiettivo di garantire a tutti l'accesso al trattamento indipendentemente dal grado di motivazione a intraprendere percorsi di riduzione o cessazione della propria dipendenza e individua nelle evidenze di efficacia un criterio guida per la scelta degli interventi. Le evidenze disponibili indicano chiaramente quanto la “guarigione” dalla dipendenza possa essere un esito raggiungibile stabilmente solo in una parte di persone e quanto altri esiti, come la ritenzione in trattamento e la riduzione dei danni sulla salute, siano rilevanti obiettivi di efficacia degli interventi.

## **Problemi**

- Assenza di criteri di accreditamento dei servizi pubblici e del privato sociale basati su appropriatezza ed esito degli interventi;
- difficoltà nel governo regionale dell'offerta di assistenza sanitaria nel settore;
- orientamento dell'offerta dei servizi legata più a problemi generati dall'allarme sociale suscitato piuttosto che dalla loro rilevanza in termini di salute individuale e pubblica (scarsa attenzione al problema del tabagismo e dell'abuso di alcol);
- diminuzione progressiva del personale dei servizi pubblici e del privato sociale e carenze strutturali dei servizi;
- carenza di programmi di formazione e aggiornamento del personale basati sulle evidenze;
- eterogeneità geografica della tipologia di interventi terapeutici e di prevenzione offerti;
- mancanza di percorsi strutturati di continuità assistenziale (carceri, medicina generale, medicina specialistica ecc.);
- persistenza dell'eccesso di mortalità tra le persone tossicodipendenti e maggior rischio di mortalità per overdose all'uscita dal trattamento e dal carcere;
- carenza di risorse informatiche necessarie al supporto del nuovo sistema di sorveglianza concordato con il Ministero.

## Risposte

- Definizione delle prestazioni e relativi obiettivi del sistema dei servizi per le dipendenze patologiche (servizi pubblici e del privato sociale);
- promozione dell'offerta di trattamenti basati sulle prove di efficacia (per gli interventi di prevenzione vedi Parte I, cap. 3.d);
- incorporazione nelle attività di servizio delle attività avviate come progetti innovativi e ormai stabilizzatesi ma ancora caratterizzate da discontinuità e precarietà, in particolare degli interventi di riduzione del danno (unità di strada, unità mobili);
- offerta di interventi che riducano l'abbandono del trattamento e il rischio di morte immediatamente successivo all'uscita dal trattamento o dal carcere;
- definizione di criteri di accreditamento dei servizi pubblici e del privato sociale basati non solo su requisiti strutturali e organizzativi ma anche sull'appropriatezza e sull'esito degli interventi;
- formazione e aggiornamento del personale all'interno di programmi basati sulle evidenze;
- garanzia della dotazione organica e strutturale dei servizi idonea all'offerta di prestazioni efficaci;
- completa realizzazione dell'informatizzazione dei servizi pubblici e del privato sociale per l'attuazione del nuovo sistema di sorveglianza regionale sulle dipendenze che permetta una costante attività di osservazione epidemiologica dell'evolversi del fenomeno, e di monitoraggio e valutazione dell'appropriatezza degli interventi effettuati dal sistema dei servizi.

## 3.k Consulteri familiari

### Quadro di riferimento

I consultori familiari, istituiti con L.R. 12 gennaio 1976, n. 2, svolgono attività di informazione, prevenzione e assistenza rivolte agli adolescenti, alle coppie e alle donne in età post-fertile. Sono servizi a libero accesso che si basano sui concetti di accoglienza di prima istanza, di popolazione bersaglio per creare offerta attiva e di lavoro di rete a garanzia dell'agevolazione e continuità nei percorsi assistenziali. Rivestono, inoltre, un ruolo sociale oltre che sanitario, con un approccio multidisciplinare all'utenza che richiede la compresenza e la collaborazione tra figure mediche e figure con competenza sociale e psicologica. Il fabbisogno previsto è di un consultorio familiare ogni 20.000 abitanti.

Nella regione, secondo uno studio dell'Agenzia di Sanità Pubblica, sono presenti 165 consultori familiari, anche se alcune di queste strutture sono in realtà distaccamenti o sedi dedicate ad un settore specifico. Le ASL che presentano un rapporto di consultori < 0,5 per 20.000 abitanti sono tutte collocate nell'area di Roma e solo una in tutto il Lazio mostra un rapporto di circa 1 per 20.000 abitanti. Nell'indagine del 2008 i consultori familiari sono stati analizzati in base al requisito "adeguata apertura del servizio": 84 raggiungono il requisito, con i valori più elevati nella ASL Roma C e nella ASL di Frosinone, a indicare una buona accessibilità del servizio. Nonostante questo esiste una lista d'attesa superiore ad una settimana per prestazioni diverse in 125 consultori familiari. Da tale indagine è emerso che circa il 50% delle

donne sono state prese in carico in gravidanza e il 56% ha seguito corsi di preparazione al parto. Le attività di prima istanza effettuate nei consultori del Lazio sono prevalentemente visite ginecologiche.

### **Problemi**

I 165 consultori familiari nella regione Lazio sono caratterizzati da una distribuzione territoriale disomogenea, e alcuni di tali servizi sono da considerarsi distaccamenti che si rivolgono solo ad un bisogno specifico dell'utenza. Emergono inoltre problematiche relative all'adeguatezza organizzativa e all'integrazione nella rete dei servizi, rendendo necessario ridefinire la loro attività a fronte dell'incremento, nel corso degli ultimi anni, delle prestazioni di diagnosi e cura, non rientranti nei compiti istituzionali, a scapito delle funzioni primarie di prevenzione e presa in carico.

### **Risposte**

Il Piano propone pertanto di:

- adeguare i consultori rispetto ai giorni di apertura e alla presenza degli operatori, dando priorità a quei servizi che presentano problemi organizzativi dovuti a carenze di personale;
- potenziare l'integrazione a livello distrettuale, con i servizi socio-assistenziali e con le strutture ospedaliere. Il consultorio in rete si pone come esigenza fondamentale sia per assolvere le funzioni attive, di presa in carico dell'utente, come avviene ad esempio per le interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) o per il percorso nascita (vedi Allegato G "Percorso nascita"), sia per svolgere funzioni di orientamento e agevolazione dell'utente, a garanzia della continuità assistenziale;
- offrire in modo attivo colloqui prematrimoniali sulla procreazione responsabile, sulla responsabilità genitoriale, sull'accertamento di condizioni di rischio per consulenza genetica con eventuale invio al servizio specifico;
- prendere in carico la donna che richiede l'IVG facilitandone il percorso presso le strutture che effettuano tale prestazione e promuovendo il ritorno della donna al consultorio successivamente all'intervento;
- prevenire la ripetitività dell'IVG mediante consulenze sulla procreazione consapevole post-IVG;
- monitorare le gravidanze e inviare quelle a rischio a strutture specialistiche;
- condurre corsi di preparazione alla nascita e di sostegno al puerperio favorendo la pratica dell'allattamento al seno;
- partecipare alle attività di promozione della salute per la prevenzione dai rischi più diversi per la salute perinatale e nei primi anni di vita, come le attività riconducibili al progetto Genitoripiù o alle attività volte a incrementare l'allattamento al seno;
- offrire in modo attivo sostegno a domicilio almeno nella prima settimana di vita del neonato (anche in considerazione dell'incremento delle dimissioni ospedaliere precoci), con particolare attenzione alle donne straniere e ai gruppi a rischio;
- promuovere la prevenzione dei tumori femminili (per la trattazione specifica si rimanda alla Parte III del presente Piano);
- offrire consulenza e aiuto alle donne e ai bambini in caso di lesività domestica, in raccordo con i servizi socio-assistenziali e con il pronto soccorso ospedaliero;

- effettuare corsi di aggiornamento professionale sul climaterio e sulla menopausa ai fini di prevenzione e trattamento dei disturbi;
- condurre nelle scuole corsi di educazione alla salute, prevedendo anche la creazione di spazi all'interno dei consultori con personale formato;
- promuovere interventi attivi rivolti alle fasce deboli (immigrati, minori a rischio, campi nomadi) in collegamento con i servizi sanitari e sociali.

### **3.1 La Rete assistenziale dell'area della Medicina di Laboratorio: la riorganizzazione dei laboratori clinici**

La legge 27 dicembre 2006, n. 296 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)" prevedeva che le regioni dovessero provvedere, entro il 28 febbraio 2007, ad approvare "un piano di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate, eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio al fine dell'adeguamento degli standard organizzativi e di personale coerenti con i processi di incremento dell'efficienza resi possibili dal ricorso a metodiche automatizzate";

La Regione Lazio, nel prendere atto delle cogenti disposizioni della Legge n.296/06 è partita dal presupposto scientifico che nella moderna medicina, fondata sulle prove di efficacia, la Medicina di Laboratorio è ormai una componente fondamentale delle attività di prevenzione e dei processi assistenziali, che determina la maggior parte delle decisioni cliniche, oltre a determinarne il percorso, orientando e finalizzando al meglio le scelte terapeutiche ed il relativo monitoraggio, con un consistente risparmio di risorse finanziarie per il S.S.N. e per il Paese, in termini di salute indotta.

I percorsi diagnostico-terapeutici non possono pertanto prescindere dal contributo e dall'integrazione con i servizi di medicina di laboratorio che rappresentano un elemento fondamentale per la gestione della salute del singolo e della collettività. I piani di organizzazione delle strutture delle diverse discipline della medicina di laboratorio devono pertanto garantire contemporaneamente i due obiettivi della razionalizzazione e della qualificazione, superando l'attuale parcellizzazione di strutture e funzioni e correlate ridondanze, sia in area pubblica che privata.

In altre parole, nel più generale contesto di risanamento e riqualificazione del servizio sanitario regionale, va ricercato un corretto equilibrio tra la crescente spinta alla specializzazione all'interno delle diverse aree generali di attività clinica, che finiscono così per articolarsi in una serie di linee di attività con una propria caratterizzazione organizzativa, fino a delimitare ambiti scientifico disciplinari ed assistenziali tali da configurare discipline specifiche ed autonome, e l'altrettanto evidente esigenza di unitarietà e di un servizio centrato sui bisogni del paziente piuttosto che sulle particolari realtà organizzative.

Per la Medicina di Laboratorio, ricompresa nell'Area della Medicina Diagnostica e dei Servizi, questo è il caso della Patologia Clinica, della Biochimica Clinica, della Microbiologia e Virologia, della Anatomia Patologica, della Medicina Trasfusionale, della Genetica di Laboratorio.

La presenza nella rete assistenziale di strutture specialistiche afferenti a tali discipline specifiche ed a tali settori consente di promuovere la qualità e di caratterizzare i servizi in risposta ai bisogni assistenziali, considerando comunque

che anche nell'ambito dei cosiddetti laboratori generali, da organizzare in rete, non tutti faranno necessariamente tutto, ma ogni punto di erogazione dovrà specializzarsi in determinati settori/processi.

In altre parole anche nell'Area della Medicina di Laboratorio vi è una forte esigenza di unitarietà, sia sul piano culturale che organizzativo e strutturale, e ciò per evitare diseconomie organizzative ed una parcellizzazione dei processi nell'ottica della centralità del paziente. In un assetto organizzativo evoluto è possibile infatti valorizzare le diverse competenze specialistiche senza farle entrare in conflitto, ma anzi promuovendone lo sviluppo armonico ed integrato.

Nel caso della medicina di laboratorio ciò significa che v'è prevista una organizzazione in Rete generale e sub-Reti di specialità, consentendo in tal modo l'integrazione di tutte le attività specialistiche in cui si articola la medicina di laboratorio, come altresì previsto anche dalle Linee Guida sui contenuti del Piano sulla rete dei laboratori clinici, afferenti a tutte le discipline dell'Area della Medicina Diagnostica e dei Servizi, emanate dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, che stabilivano che le Regioni, in attuazione della L.296/06, nell'ambito del piano di riordino delle strutture laboratoristiche, doveva impegnarsi anche al riordino dei servizi trasfusionali, secondo quanto disposto dall'art. 5, comma 1 della Legge 21 ottobre 2005, n. 219.

La Regione Lazio con la Delibera n. 418 del 12 giugno 2007 ha espressamente approvato le Linee Guida (comunicate dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia e delle Finanze) sui contenuti del Piano sulla rete laboratoristica, come schema di riferimento per la riorganizzazione della rete delle strutture di diagnostica di laboratorio.

Successivamente, con la D.G.R. n. 1040 del 21 dicembre 2007 "Approvazione del «Piano di riorganizzazione delle Strutture Accreditate che erogano prestazioni di laboratorio nella Regione Lazio, in attuazione del dispositivo dell'art. 1, comma 796 lettera O, legge finanziaria del 23 dicembre 2006, n. 296», come previsto dalla deliberazione Giunta regionale 12 giugno 2007, n. 418", la Giunta regionale ha approvato il Piano regionale per la riorganizzazione dei laboratori accreditati a diretta gestione e privati, in attuazione delle sopra citate linee guida ed ha stabilito di avviare a decorrere dal 1 gennaio 2008 la realizzazione del piano stesso.

Il Piano per la riorganizzazione della diagnostica di laboratorio nella regione Lazio prevedeva l'articolazione delle strutture accreditate di medicina di laboratorio in una Rete Integrata ospedale-territorio a livello di ciascuna Azienda Sanitaria Locale, secondo diversi livelli di complessità e contestuali assetti tecnologici e organizzativi, all'uopo avvalendosi per funzioni specialistiche di riferimento delle strutture delle Aziende Ospedaliere, degli IRCCS, dei Policlinici universitari.

Le principali linee strategiche di riqualificazione e razionalizzazione contenute nel presente piano, in parte già realizzate nell'ambito dei previsti interventi del piano di rientro, prevedono pertanto:

- l'attuazione della Legge Regionale n. 4/03 e successive modifiche in materia di accreditamento istituzionale, dando priorità all'area di medicina di laboratorio, attraverso l'applicazione dei requisiti ulteriori – parte generale di cui alla D.G.R. n. 636 del 3 agosto 2007, secondo le modalità procedurali di cui alla D.G.R. n. 784 del 19 ottobre 2007, recante il regolamento di cui all'art. 13, comma 3 della stessa L.R. n. 4/03. Tale modello prevede l'applicazione dei principi dell'accREDITamento di eccellenza a quello istituzionale, sulla base di esperienze internazionali (*Joint Commission*, CPA ecc);
- la realizzazione del network regionale delle attività di medicina di laboratorio in Rete, che prevede modalità operative integrate dell'insieme dei laboratori accreditati della regione, ferma restando la specificità aziendale di appartenenza;

- la definizione di un'azione progettuale in ogni Azienda sanitaria e ospedaliera, inclusa l'area privata accreditata, coordinando l'azione progettuale con i requisiti per l'accredimento istituzionale quale unico strumento in grado di selezionare gli erogatori idonei per la successiva fase di stipula degli specifici accordi contrattuali. Tali progetti devono tendere al graduale superamento dell'attuale articolazione, caratterizzata da un numero troppo elevato di centri di produzione, scollegati tra loro e non gestiti in una logica di sistema, che creano spesso ridondanza di tecniche e di funzioni. L'azione strategica di cui al presente punto prevede nell'area pubblica la disattivazione delle strutture non in possesso dei requisiti fissati dalla stessa delibera, e nell'area privata quanti fra gli attuali erogatori risulteranno al di sotto degli standard di accreditamento definiti, al partire dal livello di produttività analitica minima che la DGR 1040/07 fissa in 500.000 esami/anno; ciò comporterà a livello regionale economie di scala e conseguenti risparmi in misura proporzionale al numero di disattivazioni delle strutture derivanti dall'attuazione del piano;
- l'attuazione del Piano da parte delle Aziende Sanitarie del Lazio, che dovranno valutare e ridefinire le condizioni di accesso riprogettando le sedi dei Centri prelievi secondo una logica di "prossimità alle aree di bisogno", tendendo all'ottimizzazione produttiva delle strutture;
- la revisione quali-quantitativa da parte delle Aziende del repertorio delle prestazioni diagnostiche fornite a livello ospedaliero e territoriale: i laboratori di base pubblici e privati debbono raggiungere uno standard minimo, al di sotto del quale sono previsti la disattivazione, l'accorpamento o l'aggregazione delle strutture in reti organizzate per attività accentrate;
- la ridefinizione, da parte delle Aziende sanitarie locali e ospedaliere, dei laboratori clinici a livello aziendale secondo un approccio multidisciplinare e multidimensionale, correlandoli a modelli di lavoro di primo livello o di base (ospedaliero-territoriale), di secondo livello (*core lab*, di norma ospedalieri), specialistico (ospedaliero), di riferimento interaziendale (screening specialistici, esami rari e/o ad alta complessità), regionale (ad es. sicurezza trasfusionale, farmaco tossicologia, etc.);
- l'ottimizzazione delle reti dei Sistemi informatici di laboratorio (LIS), integrati con le aree cliniche, compresa l'area dell'emergenza-urgenza, con i laboratori di diverso livello, con i centri prelievo. Ciò garantisce livelli elevati di efficienza e sicurezza, oltre che la riduzione dei TAT e dei tempi di refertazione. I LIS adottati dalle Aziende sanitarie locali e ospedaliere, anche attraverso accordi interaziendali, dovranno rispondere a caratteristiche di integrabilità e/o interfacciabilità tra i software delle diverse Aziende. Tale azione sarà propedeutica allo sviluppo del progetto a livello aziendale;
- la garanzia da parte della Regione di modalità omogenee tra le Aziende per l'acquisizione dei dispositivi diagnostici in vitro e dei sistemi diagnostici, attraverso specifiche linee direttive regionali. Queste dovranno prevedere l'adozione di capitolati di gara conformi alle caratteristiche indicate, al fine di migliorare qualità e tecnologia.;
- l'utilizzo da parte delle Aziende di sistemi di trasporto dei campioni biologici dai centri prelievo alle strutture di laboratorio pubbliche che garantiscano la sicurezza, la qualità dei campioni e l'idoneità analitica, ovvero la compatibilità tra tempi e standard del trasporto e conservazione dei materiali biologici;
- lo sviluppo di un modello di *governance* che promuova l'eccellenza nei vari settori di attività, che sia centrata sui bisogni di salute del cittadino e promuova l'innalzamento della qualità della risposta diagnostica di laboratorio in termini di appropriatezza della richiesta, di consistenza della prestazione rispetto alle specifiche di qualità, e di

appropriatezza e tempestività nella comunicazione dell'informazione clinica all'utilizzatore, con particolare riferimento all'attività in emergenza-urgenza;

Il procedimento attuativo del Piano per la Riorganizzazione della Rete della Medicina di Laboratorio ha visto l'approvazione dei Decreti Commissariali n.10/08, n.8/09, n.37/09, con i quali sono stati approvati i Piani aziendali di riorganizzazione della strutture pubbliche di tutte le Aziende Sanitarie della Regione, compresi gli IRCCS ed i Policlinici universitari, approvati dal Ministero ed oggetto di monitoraggio attuativo.

In particolare con il Decreto n.8/09 sono stati predisposti ed approvati "Capitolati Standard" finalizzati a mettere a disposizione delle aziende per l'effettuazione delle procedure di gara per l'acquisizione di dispositivi diagnostici in vitro e servizi connessi all'attività di laboratorio, coerenti con i principi di pianificazione regionale utili a consentire economie di scala ed un significativo aumento della qualità dei servizi.

Il monitoraggio attuativo, relativo alla riconduzione dei laboratori alle tipologie per produttività previste dal piano, effettuato nella seconda metà del 2009, consente di osservare quanto riportato in tab.1, da cui si rileva che nel triennio sono state disattivate n.23 strutture pubbliche.

**TAB.1- numerosità delle strutture per volume di attività e per anno**

<b>Volume di attività</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
<b>&gt; 1,00 mln</b>	<b>23</b>	<b>25</b>	<b>30</b>
<b>&lt; 1,00 mln e &gt; 0,50 mln</b>	<b>21</b>	<b>20</b>	<b>19</b>
<b>&lt; 0,50 ml e &gt; 0,25 mln</b>	<b>18</b>	<b>14</b>	<b>11</b>
<b>&lt; 0,25 mln</b>	<b>40</b>	<b>24</b>	<b>19</b>
<b>tutti</b>	<b>102</b>	<b>83</b>	<b>79</b>

Gli andamenti descritti nelle successive Fig.1,2 e 3, fanno osservare che nel triennio, a fronte di un incremento osservato di prestazioni erogate del 14,9%, i costi per dispositivi diagnostici in vitro sono diminuiti dello 0.8% ed il personale addetto è diminuito di 270 unità. Si è incrementato da 18 a 21 unità tecniche (dirigente/tecnico) il numero medio per struttura, indicativo della concentrazione derivante dalle disattivazioni effettuate dalle aziende in attuazione del piano. Contestualmente la produttività media per unità tecnica (Dirigente/Tecnico) è passata da 36.279 esami nel 2007 a 46.469 nel 2009, con un incremento del 22 %.



FIG. 1

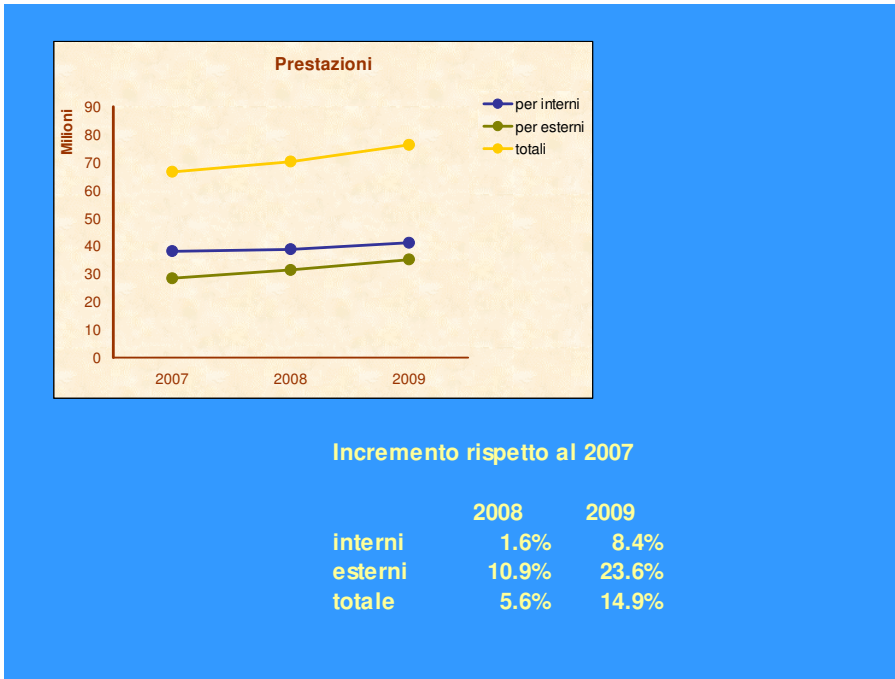


FIG.2

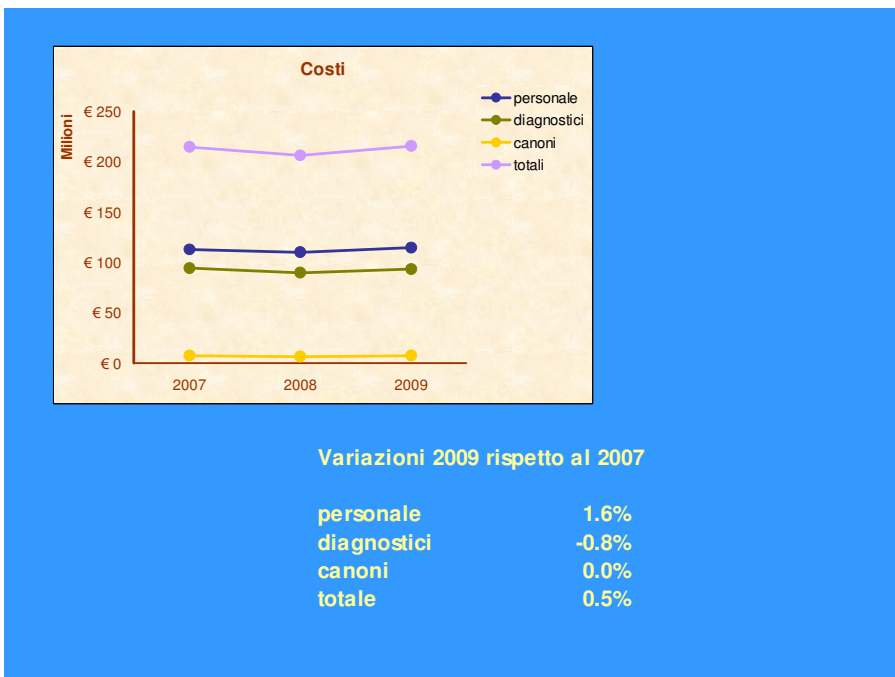
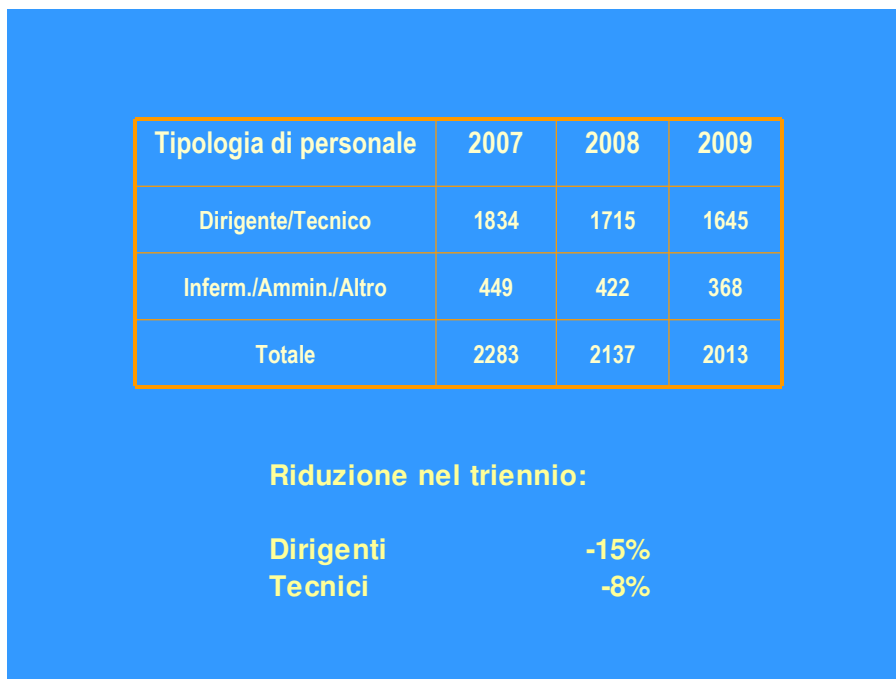


FIG.3



Per quanto attiene gli ulteriori aspetti attuativi del piano di riorganizzazione della medicina di laboratorio, con il monitoraggio del tavolo tecnico ministeriale, è prevista la verifica definitiva dei dati valutativi già acquisiti dalle aziende nella seconda metà dell'anno 2009, che dovranno consentire la verifica delle economie realizzate, dell'andamento della produttività, del riconduzione delle strutture di laboratorio alle tipologie previste ai fini della messa in Rete del sistema. secondo i criteri definiti con la DGR 1040, che prevedeva tra l'altro che al di sotto del valore soglia di esami/anno, non fosse possibile ottenere l'accreditamento, ancorché unitamente al possesso di tutti gli altri requisiti previsti.

Il presente Piano prevede altresì nel corso dell'anno 2010 l'individuazione e costituzione della rete regionale dei servizi di medicina di laboratorio (Laboratorio Logico Unico), delle sub reti di specialità (rete trasfusionale, rete diagnostica microbiologica, rete della genetica medica, reti di diagnostiche speciali, etc.), delle connesse reti informatiche interaziendali, successivamente alla completa attuazione dei piani aziendali, che sono in fase di ulteriore implementazione.

Nell'ambito delle reti generali e specialistiche saranno individuate le attività da accentrare per tipologia e le strutture di riferimento regionale per funzioni definite.

Al riguardo è confermata presso l'INMI L.Spallanzani la funzione di riferimento per la diagnostica delle infezioni nei trapianti e di banca biologica in biocontenimento.

La erogazione delle attività ambulatoriali di diagnostica di base è posta di norma in capo alle strutture delle aziende sanitarie locali, anche con il supporto delle strutture delle Aziende Ospedaliere per eventuali attività accentrate.

Le strutture dei Policlinici universitari e degli IRCCS svolgono le attività di competenza nei confronti dei pazienti ricoverati, di eventuale accentramento per tipologia, di riferimento per funzioni definite.

Per l'attuazione delle linee di piano sopradescritte, presso la Regione Lazio, Direzione Programmazione sanitaria, è attivata una funzione di "governance", affidata ad una apposita Commissione tecnica, con il compito di monitorare l'attuazione dei processi già avviati e da avviare, anche relativamente all'attuazione del processo di accreditamento istituzionale, e di supportare gli uffici regionali nel confronto con i tavoli tecnici ministeriali.

### **3.1 bis La Rete assistenziale dell'area della Medicina di Laboratorio: la riorganizzazione dei servizi di medicina trasfusionale**

Come indicato nel precedente punto 3.1 le Linee Guida sui contenuti del Piano sulla rete dei laboratori clinici, afferenti a tutte le discipline dell'Area della Medicina Diagnostica e dei Servizi, emanate dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, stabilivano che le Regioni, in attuazione della L.296/06, nell'ambito del piano di riordino delle strutture laboratoristiche, dovevano impegnarsi anche al riordino dei servizi trasfusionali, secondo quanto disposto dall'art. 5, comma 1 della Legge 21 ottobre 2005, n. 219.

La Regione Lazio con la Delibera n. 418 del 12 giugno 2007 ha espressamente approvato tali Linee Guida sui contenuti del Piano sulla rete laboratoristica, come schema di riferimento per la riorganizzazione anche della rete delle strutture trasfusionali.

Con la D.G.R. n. 1040 del 21 dicembre 2007 "Approvazione del «Piano di riorganizzazione delle Strutture Accreditate che erogano prestazioni di laboratorio nella Regione Lazio, in attuazione del dispositivo dell'art. 1, comma 796 lettera O, legge finanziaria del 23 dicembre 2006, n. 296», la Regione ha avviato concretamente gli adempimenti previsti, confermando che in tale ambito era necessario definire uno specifico intervento nel settore trasfusionale, par altro sollecitati in tale direzione dal Centro Nazionale Sangue.

La riorganizzazione del settore trasfusionale regionale deve tener conto delle disposizioni di cui alla L. 219/2005, che ha introdotto misure finalizzate a garantire l'autosufficienza di sangue e di emoderivati come elemento di interesse nazionale, sovregionale e sovraziendale, non frazionabile e per assicurare i livelli essenziali di assistenza di medicina trasfusionale, nonché i requisiti di qualità e sicurezza dei prodotti del sangue e delle prestazioni dei servizi trasfusionali, anche attraverso l'esercizio condiviso di funzioni di controllo tecnico-scientifico, di consulenza e di vigilanza, considerando che anche in tale delicato settore si rende necessario perseguire le finalità del Piano di Rientro, all'uopo accentuando le funzioni di governo regionale del sistema, accanto a misure di razionalizzazione delle strutture, superando anche in tale settore duplicazioni e ridondanze di strutture e funzioni esistenti e pervenendo alla centralizzazione delle attività di produzione e di validazione biologica.

Uno specifico provvedimento ha avviato la riorganizzazione del settore trasfusionale, ricompresa nelle Linee Guida ministeriali del 2007 e confermata dalla più dettagliata Linea Guida Ministero-Agenas del marzo 2009 (Linee di Indirizzo per la Riorganizzazione dei Servizi di Medicina di Laboratorio nel Servizio Sanitario Nazionale), confermando le prime disposizioni preliminari impartite alle Aziende sanitarie con la Circolare regionale dell'11 maggio 2009.

Il provvedimento di riorganizzazione si fonda sulle indicazioni fornite dal Dipartimento di Prevenzione del Ministero Salute e dal Centro Nazionale Sangue, al fine di consentire di dare definitiva ed esaustiva attuazione al riordino dell'intero settore trasfusionale come previsto dai citati adempimenti del piano di rientro, a partire dalla costituzione del Centro Regionale Sangue, con lo scopo di garantire il coordinamento delle attività trasfusionali, dei flussi di scambio e di

compensazione nonché il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi definiti dalla programmazione regionale e locale, e dalla ridefinizione della rete dei Dipartimenti trasfusionali istituiti con la DGR n. 343 del 20 giugno 2006, riconducendoli da sette a tre dipartimenti di medicina trasfusionale Lazio Nord, Lazio Ovest e Lazio Est ( - 4 dipartimenti rispetto alla DGR 343) , con ciò quindi realizzando in termini di macro organizzazione un notevole livello di semplificazione e di risparmio di risorse economiche impiegate .

A seguito dell'attuazione del decreto di riorganizzazione del settore trasfusionale viene previsto per il triennio 2009-2011 di implementare le attività di raccolta sino all'autosufficienza, di potenziare la raccolta in aferesi, di applicare le metodiche di autotrasfusione e verifica del buon uso del sangue ed emocomponenti, di razionalizzare il modello organizzativo garantendo il servizio di emergenza urgenza nelle 24 ore solo nelle sedi dipartimentali, provinciali e sedi di DEA di II livello, di centralizzare le attività produttive e di qualificazione biologica presso le sedi dipartimentali, considerando che al fine di realizzare le economie previste con il piano di rientro i dipartimenti si serviranno delle strutture di medicina di laboratorio presenti nelle sedi dipartimentali, nel rispetto delle disposizioni impartite dalla Direzione Regionale Programmazione Sanitaria in data 11/05/2009 nota n.55595/45/05. In tale ambito è confermata l'attività del Centro di riferimento regionale per la sicurezza trasfusionale (attività "NAT") di cui alla DGR 727/01, presso l'Ospedale S.Pertini.

Il risparmio derivante dalla riconduzione dei servizi di guardia alle sedi dipartimentali e dei DEA di II livello , determinato dalla più razionale utilizzazione delle risorse di personale, dalla riduzione degli oneri generali e dalle minori nuove assunzioni, è stimato nel triennio in Euro 1,63 milioni.

Il risparmio derivante dalla centralizzazione delle attività di qualificazione biologica è stimato nel triennio in Euro 2,4 milioni.

Gli ulteriori risparmi derivanti dall'incremento e dalla centralizzazione delle attività di produzione sono stimati in circa 10,95 milioni, come dettagliato nell'allegato A

**Allegato A;** quadro economico di previsione di risultato economico con il presente Piano a pieno regime (attività' del triennio)

1) Abrogazione dell'acquisizione extraregionale emocomponenti

I° anno

-1.227.660 Euro annui per mancato acquisto a tariffa

+ 932.400 Euro annui per produzione interna emocomponenti ancora necessari al fabbisogno

+210.000 Euro annui per la lavorazione aggiuntiva di circa 1400 litri di plasma

- 395.266 Euro annui di emoderivati da non acquisire al prezzo commerciale ottenuti dal plasma lavorato

**Sub Totale I° anno – 480.526 Euro**

II° anno

-2.455.320 Euro annui per mancato acquisto a tariffa

+1.864.800 Euro annui per produzione interna emocomponenti ancora necessari al fabbisogno

+420.000 Euro annui per la lavorazione aggiuntiva di circa 2800 litri di plasma

-790.532 Euro annui di emoderivati da non acquisire al prezzo commerciale ottenuti dal plasma lavorato

**Sub Totale II° anno – 961.052 Euro**

III° anno

-3.320.000 Euro annui per mancato acquisto a tariffa

+2.520.000 Euro annui per produzione interna emocomponenti ancora necessari al fabbisogno

+630.000 Euro annui per la lavorazione aggiuntiva di circa 4200 litri di plasma

-1.185.799 Euro annui di emoderivati da non acquisire al prezzo commerciale ottenuti dal plasma lavorato

**Sub Totale III° anno – 1.355.799 Euro**

2) Incremento dell'invio del plasma fresco congelato al frazionamento industriale per ulteriori 2000 litri

I° anno

+ 100.000 Euro annui per la lavorazione aggiuntiva di circa 660 litri di plasma

- 188.222 Euro annui di emoderivati da non acquisire al prezzo commerciale ottenuti dal plasma lavorato

**Sub Totale I° anno -88.222 Euro**

II° anno

+ 200.000 Euro annui per la lavorazione aggiuntiva di circa 1320 litri di plasma

- 376.444. Euro annui di emoderivati da non acquisire al prezzo commerciale ottenuti dal plasma lavorato

**Sub Totale II° anno -176.444 Euro**

III° anno

+ 300.000 Euro annui per la lavorazione aggiuntiva di circa 2000 litri di plasma

- 564.666. Euro annui di emoderivati da non acquisire al prezzo commerciale ottenuti dal plasma lavorato

**Sub Totale III° anno -264.666 Euro**

3) Centralizzazione della produzione e qualificazione degli emocomponenti presso le tre aree dipartimentali preposte

-2.237.340 Euro annui per riduzione del costo di produzione per un valore forfettizzato del 10%

**Sub Totale annuo – 2.237.340 Euro**

4) Abrogazione del servizio h24 presso le strutture non aventi i requisiti definiti per la continuita' notturna del servizio

-1.638.000 Euro annui per recupero di un monte orario di 39.420 ore della Dirigenza Medica, ovvero di 21 unita' di Dirigente Medico da dedicare alle attivita' di raccolta emocomponenti omologhi ed autologhi ed alle attivita' di medicina trasfusionale finalizzabili al pieno raggiungimento degli obiettivi del presente piano nel ciclo triennale di attuazione

<b>Sub Totale annuo</b>	<b>1.638.000 Euro</b>
<b>Totale I° anno</b>	<b>4.444.088 Euro</b>
<b>Totale II° anno</b>	<b>5.012.836 Euro</b>
<b>Totale III° anno</b>	<b>5.495.805 Euro</b>

**Totale nel triennio 14.952.729 Euro**

Viene altresì ridefinita la composizione della Commissione tecnico consultiva di cui alla L.R.48/95, secondo le modalità previste dal decreto commissariale, prevedendone l'integrazione con tutte le competenze professionali e specialistiche necessarie ad assicurare una efficace attività di "clinical governance" e di innalzamento della qualità complessiva del sistema.

La valutazione comparativa delle attività e dei risultati conseguiti dai DMT e dalle singole strutture trasfusionali, finalizzabili alla congrua allocazione delle risorse saranno effettuate annualmente dal CRS sulla base degli indicatori di cui al successivo Allegato B , e che rappresentano un set di indici di efficacia, efficienza e complessita' gia' in parte sperimentati nel precedente piano di riordino del sistema trasfusionale.

**ALLEGATO B**

**Set d'indicatori**

***Indicatori di controllo di gestione SIMT/DMT***

**Indici di efficacia ed efficienza:**

**a. Indice di produzione/distribuzione :**

$$\frac{\text{per la dirigenza sanitaria} \quad \text{n° donazioni totali effettuate + n° unità distribuite}}{\text{n° dirigenti medici+ dirigenti biologi}} \times \frac{2}{1000}$$

**Tale indicatore dovrà essere a regime inferiore o uguale a 1,1 (e maggiore di 0,85)**

*per il comparto* 
$$\frac{\text{n}^\circ \text{ donazioni totali effettuate} + \text{n}^\circ \text{ unità distribuite}}{2} / 1000$$

$$\frac{\quad}{\text{n}^\circ \text{ operatori del comparto}}$$

**Tale indicatore dovrà essere a regime inferiore o uguale a 0,75 (e maggiore di 0,65)**

**b. Indice di autosufficienza in emazie:**

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ unità di emazie raccolte in totale}}{\text{n}^\circ \text{ di unità di emazie distribuite in attività di servizio}} \times 10$$

**Tale indicatore dovrà essere a regime maggiore o uguale a 9,5 in ambito Dipartimentale**

**c. Indice di donazione in aferesi:**

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ di procedure con citafèresi produttiva}}{\text{n}^\circ \text{ totale di donazioni effettuate in sede}} \times 10$$

**Tale indicatore dovrà essere a regime uguale o maggiore di 1,5**

**d. Rapporto emazie/PFC distribuito per uso clinico:**

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ di unità di emazie distribuite in attività di servizio}}{\text{n}^\circ \text{ di unità di PFC distribuite per uso clinico in attività di servizio}}$$

**Tale indicatore dovrà essere a regime maggiore o uguale a 3,5**

**e. Quota autotrasfusionale globale in chirurgia elettiva:**

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ unità emazie autologhe prodotte e trasfuse}^*}{\text{n}^\circ \text{ totale unità emazie auto}^* + \text{allo trasfuse in chirurgia elettiva}} \times 10$$

\*unità provenienti da predeposito, recupero perioperatorio ed emodiluizione (unità equivalenti = 42 g di Hb)

**Tale indicatore dovrà essere a regime maggiore o uguale a 1,5**

### **La rete delle Anatomie patologiche**

Fra gli elementi qualificanti della rete oncologica, che dovrebbe essere la base più consistente del livello regionale della rete, l'hardware su cui si può basare il criterio di certificazione da parte della rete delle diagnosi e dei piani terapeutici è la costituzione della rete delle anatomie patologiche. L'obiettivo di tale strumento è quello di garantire appropriatezza nei percorsi diagnostici attraverso l'archivio unificato, che potrà evitare le duplicazioni degli esami e garantire uniformità dei criteri diagnostici e dei controlli di qualità, comunicazione e collegialità nelle scelte diagnostiche più complesse, accentrando i casi di patologie rare.

Condizione necessaria per la creazione della rete delle anatomie patologiche sono la riduzione del numero dei laboratori di anatomia patologica per raggiungere volumi di attività che garantiscano la qualità delle diagnosi, e la messa in rete degli archivi delle anatomie patologiche attraverso la creazione di un sistema informativo unificato, che gestisca univocamente le informazioni riguardanti i singoli pazienti e permetta di accedere alla storia delle diagnosi ricevute in qualsiasi struttura della rete.

Il problema dei volumi di attività di ogni singolo laboratorio è particolarmente sentito nel caso dei programmi di screening citologici, dove la bassa prevalenza di malattia obbliga i laboratori a valutare migliaia di casi per poter maturare una sufficiente esperienza di casi positivi.

### **3.m Specialistica ambulatoriale**

Il livello assistenziale di specialistica ambulatoriale, pur essendo classificato nell'ambito dell'assistenza distrettuale (D.P.C.M. del 29 novembre 2001), viene in realtà garantito anche da strutture presenti in ambito ospedaliero. Le prestazioni cliniche, di diagnostica strumentale e di laboratorio sono infatti attualmente erogate sia nelle strutture a gestione diretta delle ASL, quali gli ambulatori distrettuali e i presidi ospedalieri, sia negli ambulatori interni o esterni agli altri istituti di ricovero e cura, oltre che in quelli privati provvisoriamente accreditati.

L'offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale risulta nel Lazio caratterizzata da un numero consistente di soggetti erogatori, da un'elevata concentrazione nell'area metropolitana di Roma e da una domanda che appare fortemente correlata alla densità dell'offerta. I ritardi nel processo di accreditamento istituzionale e nella definizione degli accordi contrattuali tra Aziende committenti e soggetti erogatori non hanno finora consentito di procedere alla razionalizzazione del sistema di offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Il superamento della logica assistenziale "per prestazioni", attraverso l'inserimento dell'attività specialistica ambulatoriale all'interno di percorsi assistenziali predefiniti, nella piena integrazione tra tutti gli ambiti di cura coinvolti, appare ineludibile al fine di garantire continuità assistenziale e risposte tempestive ed efficaci ai bisogni di salute della popolazione.

Appare necessario, inoltre, modulare l'attività ambulatoriale diversificando l'offerta delle prestazioni erogate per livelli di complessità, potenziando l'offerta specialistica nelle strutture distrettuali – nelle quali l'attività ambulatoriale può

soddisfare l'intera gamma delle prestazioni meno complesse – e migliorando l'offerta di prestazioni complesse e ad alto contenuto tecnologico da parte degli ambulatori protetti.

La riorganizzazione della specialistica ambulatoriale prevede anche, attraverso la rimodulazione delle tariffe, che l'erogatore si faccia carico della prestazione completa, senza demandare al servizio pubblico i costi dell'erogazione del farmaco.

La seguente tabella riporta l'offerta di prestazioni ambulatoriali, relative all'anno 2008, effettuate entro i limiti di budget definiti dalla Regione Lazio per ciascuna struttura erogatrice.



**Volume di prestazioni ambulatoriali erogate entro budget nell'anno 2008 ai residenti della Regione Lazio per branca specialistica e Asl di residenza  
(esclusi APA, PAC e pacchetto V56.A di DIALISI)**

BRANCA	RMA	RMB	RMC	RMD	RME	RMF	RMG	RMH	VT	RI	LT	FR	TOTALE
00 Laboratorio Analisi - Radioimmunologia	5.394.268	7.675.628	5.887.549	5.491.130	5.689.330	2.678.692	4.031.902	4.831.939	2.631.151	1.425.481	4.807.623	4.499.852	55.044.545
05 Chirurgia Vascolare - Angiologia	37.880	57.495	52.925	56.182	42.190	15.300	17.279	23.274	5.048	10.799	21.874	17.320	357.566
08 Cardiologia	161.011	286.334	198.789	173.637	180.640	87.733	137.365	149.553	97.704	48.496	147.065	110.967	1.779.294
09 Chirurgia generale	35.153	61.644	42.796	33.825	33.668	16.462	34.524	36.805	18.846	16.176	38.087	25.444	393.430
12 Chirurgia Plastica	9.405	14.811	13.128	13.737	6.220	2.858	7.196	6.958	3.256	1.121	6.004	3.411	88.105
15 Medicina dello Sport	2.980	5.046	6.461	5.459	6.985	6.271	9.085	10.462	5.383	108	6.709	3.668	68.617
19 Endocrinologia	22.464	46.532	36.991	40.185	20.350	11.992	39.433	24.764	37.869	6.349	16.219	20.101	323.249
29 Nefrologia	25.024	57.982	38.287	72.202	28.265	46.779	33.158	53.233	41.349	37.357	14.588	53.498	501.722
30 Neurochirurgia	2.263	5.561	2.728	4.264	2.448	1.255	1.972	1.894	1.062	212	1.743	743	26.145
32 Neurologia	60.036	112.270	86.635	81.324	80.513	30.321	55.299	69.475	57.177	21.226	40.641	42.586	737.503
34 Oculistica	92.338	163.299	131.422	124.314	109.477	51.060	88.968	87.460	36.564	30.971	83.321	58.796	1.057.990
35 Odontostomatologia - Chirurgia maxillo-facciale	47.456	85.007	45.816	55.077	44.683	28.071	31.557	30.256	18.114	12.846	25.903	21.491	446.277
36 Ortopedia e Traumatologia	65.938	104.651	92.601	79.334	62.549	31.443	52.791	67.873	39.734	21.549	64.434	45.537	728.434
37 Ostetricia e Ginecologia	42.135	120.044	56.584	63.594	67.682	25.332	35.587	39.546	26.125	11.888	55.133	38.798	582.448
38 Otorinolaringoiatria	57.542	96.178	77.748	84.145	71.208	26.298	41.491	43.490	31.069	18.092	50.334	36.867	634.462
40 Psichiatria	23.994	28.546	35.586	18.452	27.063	12.120	15.257	32.271	14.524	8.806	60.952	27.314	304.885
43 Urologia	22.985	40.233	28.522	21.889	18.628	10.272	16.128	19.407	9.203	9.386	16.488	22.109	235.250
52 Dermosifilopatia	65.350	104.818	84.569	78.928	62.686	40.095	41.947	68.209	37.885	11.812	68.693	38.428	703.420
56 Medicina Fisica e Riabilitazione	1.456.762	1.378.891	1.220.539	892.889	648.110	105.643	1.165.745	647.086	215.053	176.870	483.992	253.364	8.644.944
58 Gastroenterologia - Chirurgia ed Endoscopia Digestiva	34.044	59.840	34.675	32.378	35.694	16.024	22.579	27.690	16.474	11.539	22.379	27.108	340.424
61 Diagnostica per immagini - Medicina Nucleare	21.649	28.562	22.676	22.765	19.909	9.205	14.934	19.087	7.879	2.759	16.923	14.135	200.483
64 Oncologia	14.612	19.583	16.610	15.847	13.247	6.195	12.332	14.458	7.884	7.931	19.377	15.026	163.102
68 Pneumologia	22.301	45.465	29.766	27.746	30.050	15.391	18.382	25.098	12.025	11.292	26.540	14.698	278.754
69 Diagnostica per immagini - Radiologia Diagnostica	315.900	525.824	393.178	353.665	359.673	168.947	249.957	279.482	178.752	87.789	261.032	226.768	3.400.967
70 Radioterapia	52.771	73.788	67.194	53.955	54.209	25.731	41.660	30.367	33.987	15.439	32.847	12.234	494.182
79 Risonanza Magnetica	28.906	43.110	38.638	40.248	31.849	19.406	26.823	24.999	16.753	6.162	26.546	28.956	332.396
80 Chirurgia ambulatoriale e diagnostica invasiva	579	600	511	388	591	399	264	277	73	55	319	237	4.293
82 Anestesia	3.670	10.715	8.428	5.753	3.223	1.213	2.153	4.776	2.257	949	1.937	1.295	46.369
99 Altro	122.186	287.079	143.316	109.681	159.783	57.681	70.168	83.801	15.451	24.775	105.294	117.501	1.296.716
<b>TOTALE AMBULATORIALE</b>	<b>8.241.602</b>	<b>11.539.536</b>	<b>8.894.668</b>	<b>8.052.993</b>	<b>7.910.923</b>	<b>3.548.189</b>	<b>6.315.936</b>	<b>6.753.990</b>	<b>3.618.651</b>	<b>2.038.235</b>	<b>6.522.997</b>	<b>5.778.252</b>	<b>79.215.972</b>

Fonte dati Laziosanita -ASP - SIAS (elaborazioni del 02/12/2009)

Per quanto riguarda gli Accorpamenti di prestazioni ambulatoriali (APA), i Pacchetti assistenziali complessi (PAC) e le prestazioni di dialisi, i dati relativi alle prestazioni del 2008 per ASL di residenza vengono riportati nella seguente specifica tabella.

**Numero di APA, PAC, pacchetto V56.A di Dialisi e prestazioni erogate all'interno dei pacchetti, per Asl di residenza nel 2008 - Residenti regione Lazio - Entro budget**

ASL DI RESIDENZA	APA		PAC		DIALISI (V56.A)	
	N.	Volume prestazioni all'interno del pacchetto	N.	Volume prestazioni all'interno del pacchetto	N.	Volume prestazioni all'interno del pacchetto
RMA	5.411	57.993	1.542	23.056	4.961	102.924
RMB	9.957	99.390	1.655	24.406	8.241	192.736
RMC	6.642	85.060	948	13.573	7.326	170.956
RMD	6.953	133.600	744	10.763	6.893	164.719
RME	5.651	55.445	2.262	32.011	7.734	114.578
RMF	2.308	22.551	611	7.520	3.492	82.722
RMG	2.985	34.247	694	10.020	6.445	166.101
RMH	5.128	58.027	413	5.585	5.527	139.403
VT	2.866	33.708	184	2.136	2.379	68.997
RI	1.581	17.610	243	4.057	1.283	41.760
LT	6.855	53.811	681	9.105	7.443	184.830
FR	4.260	49.158	500	5.509	5.060	177.993
<b>TOTALE</b>	<b>60.597</b>	<b>700.600</b>	<b>10.477</b>	<b>147.741</b>	<b>66.784</b>	<b>1.607.719</b>

Fonte dati Laziosanità -ASP - SIAS (elaborazioni del 02/12/2009)

È necessario rendere maggiormente attendibile il fabbisogno in ambito odontoiatrico, affidando all'ASP uno studio specifico.

Occorre inoltre focalizzare l'attenzione sul fabbisogno di alcune prestazioni, pertinenti soprattutto al campo oncologico, per cui è probabile la necessità di un adeguamento dell'offerta. Tali prestazioni sono la radioterapia e la PET.

### La radiodiagnostica

Il volume delle prestazioni di radiodiagnostica, erogate entro budget nell'anno 2008 ai residenti della regione risulta di 3.338.090. Rispetto ad un indice regionale di 593 prestazioni per 1000 residenti, si osserva una notevole variabilità in funzione dell'area di residenza degli assistiti. Ogni mille residenti della città di Roma<sup>16</sup>, sono state erogate 697 prestazioni di radiodiagnostica (ASL RMB: 760x1000), contro le 490 erogate ai residenti delle ASL di Provincia (ASL di Frosinone: 441 x1000).

Il volume delle prestazioni di Risonanza Magnetica, erogate entro budget nell'anno 2008 ai residenti della regione risulta di 314.975. Rispetto ad un indice regionale di 56 esami per 1000 residenti, si osserva, anche in questo caso, una notevole variabilità della erogazione di RMN in funzione dell'area di residenza degli assistiti. Ogni mille residenti della

<sup>16</sup>Anno 2008 - Incluso Fiumicino (residenti ASL RM A,B,C,D,E)

città di Roma<sup>17</sup> sono state erogate 64 RMN (ASL RMB e RMC : 71 RMNx1000), contro le 48 erogate ai residenti delle ASL di Provincia (ASL di Rieti: 38 x 1000).

Al fine di razionalizzare e specializzare l' offerta in RMN ed al fine di garantire a tutti gli assistiti il diritto a fruire appropriatamente di prestazioni di RMN di qualità (equità, accessibilità, adeguamento tecnologico) risulta indispensabile tracciare un nuovo assetto organizzativo della dotazione regionale di RMN..

Tale assetto dovrà assicurare :

- una migliore distribuzione delle risorse, evitando duplicazioni ed incentivando i processi organizzativi interni alle singole Aziende tesi a condividere, laddove possibile, il patrimonio disponibile;
- la verifica dell'effettivo utilizzo appropriato ed irrinunciabile di attrezzature già in esercizio e della congruità della loro allocazione ;
- la verifica dell'effettiva necessità riguardante la sostituzione dei macchinari obsoleti, attualmente in uso.

La situazione della radiodiagnostica è di particolare delicatezza sia per la quantità di prestazioni effettuate, in alcuni casi inappropriatamente, sia per la continua evoluzione tecnologica in questo ambito. È urgente un indirizzo per la formazione di una rete organizzativa per la radiodiagnostica, nella quale far convergere le problematiche di integrazione fra territorio e ospedale, l'adeguamento tecnologico, il problema dell'archiviazione e trasmissione delle immagini digitali (teleradiologia) e il monitoraggio dell'appropriatezza. È opportuna la formazione di una Commissione per la radiodiagnostica volta soprattutto a supportare la Regione nel perseguimento dell'appropriatezza delle prestazioni in questo campo. Va inoltre aperta la discussione circa l'organizzazione dell'area radiologica nelle ASL e nelle Aziende ospedaliere.

### Tomoscintigrafia

Nella tabella seguente sono mostrati i dati relativi alle prestazioni di Tomoscintigrafia nell'anno 2007, divise per regime ambulatoriale e di ricovero, e con l'indicazione di quelle effettuate fuori regione.

Prestazioni PET - anno 2007	N. di prestazioni erogate in regime ambulatoriale	N. di prestazioni erogate in regime di ricovero ospedaliero	N. di prestazioni erogate in mobilità passiva	Totale Prestazioni
92.09.1 - Tomoscintigrafia miocardica (PET) di perfusione a riposo o dopo stimolo	16	131	2	149
92.11.6 - Tomoscintigrafia cerebrale (PET)	99	170	86	417
92.11.7 - Tomoscintigrafia cerebrale (PET)	16		46	
92.18.6 - Tomoscintigrafia globale corporea (PET)	10020	1139	2508	12631
<b>Totale</b>	<b>10151</b>	<b>1440</b>	<b>2642</b>	<b>14233</b>

Dall'esame della letteratura nazionale e internazionale risulta che il numero di esami erogabili per centro PET-TC è di circa 2.000/anno e il bacino di utenza ideale di un centro PET-TC è di circa 700.000 abitanti, di conseguenza risulterebbe che per la regione Lazio il numero di PET-TC necessario a soddisfare il fabbisogno è di 8 unità<sup>18</sup>.

<sup>17</sup>Anno 2008 - Incluso Fiumicino (residenti ASL RM A,B,C,D,E)

Il fabbisogno di prestazioni così definito sarebbe di circa 16.000 esami annui. Il trend nell'utilizzo di tale esame nella diagnostica clinica è peraltro in aumento. Infatti le prestazioni erogate in regime ambulatoriale mostrano un trend in continua crescita con un incremento pari al 48,5% fra il 2006 e il 2007 e presentano per il 2008 un ulteriore incremento del 14%. Inoltre il numero di prestazioni ambulatoriali PET in mobilità passiva nel Lazio fra il 2003 e il 2007 ha subito un incremento percentuale complessivo del 18,6%.

In ragione di questo e di altri dati di letteratura che riferiscono fabbisogni di PET maggiori di quello qui preso in considerazione, è presumibile che alla quota dei 16.000 vada aggiunto un migliaio di esami. Poiché la mobilità passiva dei ricoveri dei cittadini residenti nel Lazio è dell'ordine del 6%, è possibile che questa quota di PET venga effettuata fuori regione e che pertanto il numero di 8 PET-TC corrisponda effettivamente al fabbisogno regionale. Poiché nel Lazio risultano essere operative/installate 6 PET-TC (censimento AIMN 2007), il numero di unità necessarie dovrebbe aumentare di 2.

PET	Prestazioni	N° PET	N° prestazioni/PET/anno
Dati 2007	14.233 *	6	1932 **
fabbisogno	17.000	8 ***	2000

\* Somma delle prestazioni erogate dal SSR in regime ospedaliero e ambulatoriale e di quelle erogate in mobilità passiva.

\*\* Calcolato sulle sole prestazioni erogate dal SSR.

\*\*\* Per il calcolo del numero di PET è stato considerato un numero di prestazioni ridotto del 6% (rappresentativo della quota di prestazioni effettuate in mobilità passiva) rispetto al fabbisogno stimato.

Nella successiva tabella si riportano i volumi di prestazioni PET, eseguite in regime ambulatoriale:

Volume di prestazioni PET erogate in regime ambulatoriale nella regione Lazio a carico del SSR (Lug 2005 - Dic 2008)						
Struttura	Prestazione	2005 (Lug-Dic)	2006	2007	2008	Totale
P.U. A. GEMELLI	92.09.1 - TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (PET) DI PERFUSIONE A RIPOSO E DOPO STIMOLO	0	2	4	14	20
	92.11.6 - TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET) Studio qualitativo	8	80	74	59	221
	92.11.7 - TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET) Studio quantitativo	3	8	5	5	21
	92.18.6 - TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET)	1.019	3.827	5.728	6.077	16.651
<b>Totale</b>		<b>1.030</b>	<b>3.917</b>	<b>5.811</b>	<b>6.155</b>	<b>16.913</b>
A. O. S.ANDREA	92.11.6 - TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET) Studio qualitativo	0	1	0	0	1
	92.11.7 - TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET) Studio quantitativo	0	0	2	37	39
	92.18.6 - TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET)	0	308	791	988	2.087
<b>Totale</b>		<b>0</b>	<b>309</b>	<b>793</b>	<b>1.025</b>	<b>2.127</b>
P.U TOR VERGATA	92.09.1 - TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (PET) DI PERFUSIONE A RIPOSO E DOPO STIMOLO	6	10	12	17	45
	92.11.6 - TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET) Studio qualitativo	12	23	25	88	148
	92.11.7 - TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET) Studio quantitativo	1	1	9	5	16
	92.18.6 - TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET)	960	2.578	2.465	2.339	8.342
<b>Totale</b>		<b>979</b>	<b>2.612</b>	<b>2.511</b>	<b>2.449</b>	<b>8.551</b>
<b>Totale regionale</b>		<b>2.009</b>	<b>6.838</b>	<b>9.115</b>	<b>9.629</b>	<b>27.591</b>

Fonte dati Laziosanità -ASP - SIAS (elaborazioni del 02/12/2009)

<sup>18</sup> 5.493.308 abitanti (Istat 2007)/700.000.

## **Radioterapia**

In letteratura le analisi condotte nei diversi paesi evidenziano livelli di utilizzazione della radioterapia, per gli anni più recenti, mediamente intorno al 40-50% dei pazienti oncologici, con una crescita nell'ultimo decennio di circa 10 punti percentuali. Dai modelli teorici costruiti a partire dalle evidenze cliniche della letteratura scientifica per ciascuna neoplasia si ottengono invece valori stimati che superano il 50% del totale dei casi oncologici, come ad esempio nel lavoro australiano del *Collaboration for Cancer Outcomes Research and Evaluation* (CCORE).

Secondo stime recenti nella regione Lazio il tasso di incidenza grezzo annuo di neoplasie è valutato essere di 514 per gli uomini e 439 per le donne ogni 100.000 abitanti, corrispondente ad un tasso globale di 476 abitanti portatori di neoplasie ogni 100.000 abitanti. Nel Lazio si può stimare dunque un'incidenza di neoplasie annue di circa 26.000. Se si considera che il 50% di questi pazienti dovrà eseguire radioterapia si ricava che il numero totale di pazienti da sottoporre a radioterapia è di circa 13.000. Poiché i dati disponibili dimostrano che circa il 20% dei pazienti curati con radioterapia dovrà eseguire un ritrattamento, la somma totale dei casi da curare con radioterapia dovrebbe essere circa 15.000.

Dai dati disponibili sono 17 i centri di radioterapia provvisoriamente accreditati nel Lazio, che producono volumi di attività consistenti. L'AIRO nel 2007 ha censito 31 acceleratori lineari attivi più 3 in via di attivazione (1 presso il Policlinico Umberto I, 2 presso la ASL di Frosinone) e 1 Tomoterapia in via di attivazione (Ospedale S. Camillo).

Il fabbisogno di acceleratori può essere stimato sulla base delle raccomandazioni del rapporto ISTISAN 96/39 e successivi aggiornamenti ISTISAN 02/20, per molti versi ancora attuale, che divide i centri di radioterapia in 4 categorie in rapporto al tipo di trattamenti che sono in grado di eseguire. Il numero totale di acceleratori lineari necessari per l'assistenza oncologica del Lazio dovrebbe essere compreso fra 43 (360 pz/macchina) corrispondente ad 1 LINAC ogni 127.000, 47 (330 pz/macchina) corrispondente ad 1 LINAC ogni 116.000, e 51 (300 pz/macchina) corrispondente a 1 LINAC ogni 107.000 abitanti a seconda del rapporto pazienti/macchina/anno che viene utilizzato.

## **Specialistica ambulatoriale Problemi**

Le principali criticità da superare, nell'ottica della qualificazione dell'attività specialistica ambulatoriale, possono essere individuate nei seguenti punti:

- erogazione di prestazioni a minore contenuto tecnologico in strutture con elevato grado di complessità organizzativa;
- erogazione di prestazioni potenzialmente inappropriate;
- tardivo aggiornamento e mancata manutenzione del Nomenclatore tariffario regionale;
- disomogeneità nell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- mancanza di controlli sistematici sulle prestazioni erogate.

## **Risposte**

*Potenziamento e qualificazione delle prestazioni ambulatoriali secondo livelli di complessità*

È necessario organizzare la specialistica ambulatoriale secondo livelli di complessità che tengano conto delle caratteristiche tecniche delle prestazioni, delle condizioni organizzative necessarie alla loro erogazione e delle evidenze relative all'appropriatezza della sede di erogazione. Devono essere quindi definite le condizioni tecnico-organizzative per

l'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, al fine di organizzarle secondo livelli di complessità che distinguano tra prestazioni erogabili in ambulatori presenti in strutture ospedaliere e ambulatori distrettuali, anche tenendo conto delle innovazioni che saranno apportate al settore territoriale, sia a livello delle cure primarie che intermedie (ad esempio, associazionismo dei MMG, Presidi territoriali di prossimità).

Tale riorganizzazione dovrà avere luogo contestualmente alla definizione del percorso composto da accreditamento, accordi contrattuali e sistema dei controlli delle strutture erogatrici, in grado di assicurare la qualità dei servizi forniti ai cittadini e di aumentare la performance complessiva del sistema della specialistica ambulatoriale.

In aggiunta alle prestazioni già individuate con la D.G.R. n. 922 del 12 dicembre 2006 e successive modiche e integrazioni (vedi Day service, Parte III – cap. 4.b6), è necessario definirne ulteriori, per le quali sia più appropriata l'erogazione in regime ambulatoriale, attraverso Accorpamenti di prestazioni ambulatoriali (APA) e/o Pacchetti ambulatoriali complessi (PAC), estendendo l'erogabilità di questi ultimi anche nell'ambito dei servizi territoriali.

Parallelamente allo sviluppo del Day service attraverso l'erogazione dei PAC, in accordo alle medesime disposizioni normative di potenziamento e qualificazione dell'assistenza ambulatoriale, è da perseguire l'implementazione di percorsi assistenziali, in un riassetto clinico-organizzativo, a garanzia della qualità assistenziale e dell'efficienza nell'uso delle risorse.

In quest'ottica si dovranno mettere a punto procedure amministrative e operative adeguate per aumentare la capacità di risposta specialistica del territorio, rendendo agili gli strumenti con i quali rendere disponibili le competenze e le attività degli specialisti ospedalieri a livello della rete dei servizi territoriali. L'obiettivo del potenziamento potrà essere perseguito anche valutando la fattibilità di sperimentazioni gestionali di partenariato pubblico – privato.

#### *Elaborazione di indicazioni cliniche per l'erogazione di specifiche prestazioni*

L'incremento della domanda di prestazioni sanitarie, fenomeno in larga parte strutturale causato da diversi fattori, tra cui l'assenza di regolamentazione delle dinamiche di domanda e offerta, si concretizza nell'aumento dei tempi e delle liste d'attesa con inevitabili conseguenze sul piano dell'equità all'accesso e dell'efficacia dell'assistenza. Gli interventi volti a potenziare l'offerta sono apparsi di efficacia limitata nel tempo e i risultati ottenuti sono svaniti più o meno rapidamente a fronte delle dinamiche cliniche, organizzative, tecnologiche che caratterizzano la pratica sanitaria. Per tale motivo si è sviluppato un crescente interesse per iniziative finalizzate ad agire prevalentemente sul versante della domanda, attraverso indicazioni cliniche che indirizzino i comportamenti professionali verso una maggiore appropriatezza nel ricorso alle prestazioni.

Sarà quindi sviluppata l'elaborazione di linee di indirizzo relativamente ai criteri di appropriatezza d'uso di specifiche prestazioni, sulla base delle conoscenze scientifiche disponibili.

#### *Monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali*

Il documento della Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA del Ministero del Welfare, non ancora approvato, riporta un aggiornamento del Nomenclatore prevedendo l'inserimento di nuove prestazioni specialistiche ambulatoriali erogabili a carico del SSN. Tale revisione permetterà di superare la difficoltà che il mancato aggiornamento del Nomenclatore tariffario nazionale sancito dal D.M. del 22 luglio 1996 "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriali erogabili nell'ambito del SSN e relative tariffe" ha comportato nel corso degli anni, in quanto sono state

mantenute, tra i livelli essenziali di assistenza, prestazioni obsolete e inefficaci dal punto di vista clinico e contemporaneamente escluse prestazioni per le quali esistono prove di efficacia.

La Regione Lazio, recependo il nuovo D.P.C.M., provvederà ad attivare una procedura di aggiornamento del Nomenclatore tariffario regionale ambulatoriale istituendo, inoltre, un tavolo permanente di monitoraggio che, con il contributo di specialisti esperti, garantisca omogeneità nell'erogazione di prestazioni nell'ambito del SSR, in base a principi di efficacia e di appropriatezza.

#### *Definizione di percorsi di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali*

La definizione di percorsi di accesso basati su criteri di priorità clinica è quanto mai necessaria per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, considerato che i tempi di attesa rappresentano una delle principali cause delle tensioni che connotano i rapporti tra cittadini e servizi sanitari.

Il problema dei criteri di priorità oggi correntemente impiegati è rappresentato dal fatto di essere impliciti e quindi non valutabili e variabili tra operatori e servizi, con ovvie implicazioni negative relativamente alle garanzie di equità e trasparenza nell'accesso per i cittadini.

È necessario quindi, per specifiche prestazioni, definire criteri di priorità clinica, sulla base delle caratteristiche del bisogno, al fine di incrementare il livello di appropriatezza, tempestività e sicurezza delle risposte assistenziali.

Anche il perseguimento di una maggiore efficienza organizzativa del sistema delle prenotazioni costituisce un elemento importante nel governo della domanda di prestazioni.

#### *Definizione di un sistema dei controlli esterni*

La definizione e l'attivazione di un sistema regionale dei controlli esterni sulle prestazioni di specialistica erogate dalle strutture ambulatoriali del Lazio consentirà, attraverso l'armonizzazione delle attività di controllo delle singole ASL, il perseguimento degli obiettivi di verifica della coerenza delle prescrizioni rispetto alle informazioni registrate nello specifico sistema informativo e a ciò che è stato effettivamente erogato. In particolare è necessario attuare modalità di controllo sul rispetto delle norme vigenti in merito alla prescrivibilità, erogabilità e fruibilità delle prestazioni.

### **3.n La tutela della salute in carcere e in ambito penitenziario**

#### **PREMESSA**

Le strutture penitenziarie nella regione Lazio sono 18, così ripartite per provincia: 11 a Roma, 3 a Frosinone, 2 a Viterbo, 1 a Latina e 1 a Rieti, a cui vanno aggiunte tre aree di attenzione per i processi di presa in carico terapeutica post-penitenziaria: l'U.E.P.E. (Ufficio per l'esecuzione penale esterna), l'U.S.S.M. (Ufficio del servizio sociale per minorenni) e le relative strutture di riferimento gerarchico del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria: il Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria e il Centro di giustizia minorile. La popolazione carceraria regionale al 31 dicembre 2008 (fonte: Ministero della Giustizia) è costituita da 5.379 soggetti di cui 4.984 uomini e 395 donne, minori inclusi; sul totale dei detenuti presenti 1.646 risultano tossicodipendenti, mentre 1.998 sono stranieri. Il numero delle presenze in un dato giorno non è indicativo del carico di lavoro globale annuo, in quanto è necessario calcolare che i

transiti globali, cioè l'insieme delle persone che entra o esce dalle strutture penitenziarie, raddoppia in media il numero dei soggetti coinvolti nell'area.

Il D.P.C.M. 1/4/08 (pubblicato su G.U. 30 maggio 2008) ha definitivamente riformato l'intero sistema di assistenza sanitaria in ambito penitenziario, coinvolgendo detenuti, internati e sottoposti a misure restrittive della libertà personale, adulti e minori, precedentemente sotto la responsabilità del Ministero della Giustizia. Questa riforma, quindi, si rivolge a tutte le persone che siano in carcere o nell'area penale esterna e sottoposte a misure alternative alla carcerazione.

La Regione Lazio ha avviato i primi interventi sanitari per i tossicodipendenti nel Complesso polipenitenziario di Rebibbia, sin dalla fine degli anni '80, anche se il processo di riordino inizia solo molto più tardi con il D.Lgs. 230/99 e riguarda soltanto l'area delle Patologie da dipendenza e quella della Prevenzione e igiene pubblica all'interno delle strutture penitenziarie. Oggi, con il supporto di una normativa di definitivo e completo trasferimento delle funzioni, delle risorse economiche e strumentali, nonché del personale e dei locali ad uso sanitario, è possibile tracciare linee programmatiche e di intervento per un inserimento di queste competenze nella più generale programmazione sanitaria regionale, alla stessa stregua di servizi di nuova istituzione.

### **Aree di intervento strategiche**

I principi enunciati sia nel D.Lgs. n. 230/99 che nel D.P.C.M. 1/4/08 stabiliscono con chiarezza che, accanto all'equivalenza di trattamento tra cittadini liberi e non, devono essere poste in particolare attenzione alcune aree critiche, quali:

- la medicina di base con particolare attenzione allo stato di salute dei nuovi ingressi;
- le prestazioni di medicina specialistica;
- gli interventi in emergenza-urgenza;
- l'assistenza farmaceutica;
- le patologie da dipendenza e le sue complicità, specialmente infettive (epatopatie C-correlate, infezione da HIV, ecc.);
- la tutela della salute delle donne e della loro prole;
- la prevenzione, la cura e il sostegno del disagio psichico e sociale;
- la tutela della salute delle persone immigrate.

Queste attività sanitarie dovranno essere rese sulla direttrice di un urgente e costante miglioramento della qualità dei servizi erogati, anche in considerazione del livello attuale insoddisfacente.

A tal fine la Regione Lazio intende:

- attivarsi presso gli specifici tavoli tecnici della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome nella Conferenza permanente Stato-Regioni al fine di porre in essere gli adempimenti necessari alla concreta attuazione del D.P.C.M. 1 aprile 2008 e delle linee di indirizzo ad esso allegato;
- disciplinare gli interventi da attuare attraverso le ASL comprese nel proprio territorio e nel cui ambito di competenza sono ubicati gli Istituti, i servizi penitenziari e i servizi minorili di riferimento;



- avviare le procedure di concertazione per l'attuazione del trasferimento del rapporto di lavoro del personale di cui all'art. 3 del D.P.C.M. con particolare riguardo ai necessari incrementi ex D.M. 444/90 e L. 45/99 per ciò che attiene ai SerT;
- adottare le iniziative necessarie per la convalida, con apposito atto formale, dell'inventario di attrezzature, arredi e beni strumentali afferenti alle attività sanitarie di proprietà del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria e del Dipartimento della Giustizia minorile, da trasferire alle singole ASL;
- adottare le iniziative necessarie per la convalida, con apposito atto formale, dell'inventario dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie, redatto dal Ministero della Giustizia alla data del 31 dicembre 2007, che vengono concessi in uso a titolo gratuito per l'utilizzo da parte delle ASL nel cui territorio sono ubicati gli istituti e servizi penitenziari di riferimento, sulla base di apposite convenzioni stipulate secondo schemi tipo approvati in sede di Conferenza Stato-Regioni;
- identificare le procedure amministrative di gestione delle risorse finanziarie che saranno trasferite nella disponibilità del Servizio sanitario regionale in seguito a riparto effettuato secondo criteri definiti in sede di Conferenza Stato-Regioni;
- definire gli schemi di protocollo interistituzionali, sulla base delle indicazioni fornite dalla Conferenza permanente Stato-Regioni che regolano i rapporti tra le ASL e il Ministero di Giustizia;
- razionalizzare la rete ospedaliera di ricovero e cura presso le strutture ospedaliere regionali;
- i punti precedenti dovranno essere curati anche attraverso la definizione di un'apposita commissione regionale che garantisca la tempestività e la correttezza delle azioni da intraprendere.

Di conseguenza le ASL dovranno porre in essere le azioni di natura giuridica, amministrativa e contabile al fine di garantire le prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione previste nei livelli essenziali e uniformi di assistenza in attuazione delle direttive regionali in materia di organizzazione, adottando le iniziative necessarie per l'attuazione dell'art. 3 comma 1 del D.P.C.M. suddetto per il trasferimento del personale dipendente di ruolo e non, sulla base delle tabelle allegate al D.P.C.M. stesso.

Dovranno essere inoltre adottate le iniziative necessarie al fine di dare piena attuazione all'art. 4 comma 1 del D.P.C.M. suddetto per il trasferimento delle attrezzature, degli arredi, dei beni strumentali afferenti alle attività sanitarie di proprietà del Ministero della giustizia e stipulate apposite convenzioni con gli istituti e i servizi penitenziari incidenti sul territorio aziendale, secondo schema tipo trasmesso dalla Regione.

Un settore dell'intera operazione di trasferimento delle competenze sanitarie, che deve essere considerato critico, è rappresentato dal passaggio di gestione delle risorse economiche. Esse dovranno essere attribuite ad ogni singola Azienda secondo criteri di riparto che tengano in considerazione la numerosità della popolazione detenuta e la presenza di strutture particolari (per tossicodipendenti, HIV, donne, minori ecc.). Per la strumentazione e i locali in cessione dovrà essere valutata la rispondenza agli attuali requisiti di legge. Il personale dovrà ricevere un contratto ai sensi della normativa vigente in tema di CCNL.

### **Modello organizzativo**

Al fine di soddisfare l'esigenza di creare e avviare l'operatività di modelli organizzativi aziendali efficaci che possano rapidamente prendere in carico la globalità del sistema di assistenza sanitaria penitenziaria, sono previste opportune

strutture di governo regionale (Coordinamento regionale interaziendale per la tutela della salute in ambito penitenziario) che forniscano linee di indirizzo e controllo alle ASL responsabili dell'erogazione delle singole prestazioni sanitarie. Un sistema di questo tipo supera l'eventuale difformità di modelli organizzativi tra ASL e garantisce uniformemente la salvaguardia del diritto a equivalenti prestazioni tra cittadini liberi e non. Pertanto i modelli organizzativi locali devono prevedere la creazione di opportune forme organizzative o l'inserimento di tali attività in strutture operative preesistenti.

Gli interventi sinora attuati in merito alle patologie da dipendenza e che rappresentano un modello di riferimento organizzativo (custodia attenuata per detenuti tossicodipendenti, day hospital per le sindromi da astinenza ecc.) saranno rivisti alla luce dei percorsi di qualità delle prestazioni sanitarie con il supporto di specifici manuali.

Per garantire un opportuno monitoraggio sia dei percorsi di salute che delle difficoltà emergenti è necessario disporre di un Osservatorio della sanità in ambito penitenziario, in seno al Coordinamento regionale.

Il Coordinamento regionale interaziendale viene gestito dall'Area della rete dei servizi dei soggetti deboli (Dipendenze, salute mentale e carcere) della Direzione regionale della Programmazione sanitaria e dall'Area Risorse umane e formazione della Direzione regionale Risorse umane e Finanziamento del SSR. Esso è costituito da: rappresentanti delle ASL e del Ministero della Giustizia, rappresentanze sindacali, referente in Conferenza unificata, Garante dei diritti dei detenuti e associazioni di volontariato.

## 4. Ospedale

### 4.a Umanizzazione

#### Il contesto

La dignità della persona figura tra i principi guida del SSN, come enunciato nell'art. 1 del D.Lgs 19 giugno 1999, n. 229. L'umanizzazione dei luoghi di cura, intesa come capacità di renderli "aperti, sicuri e senza dolore", conciliando politiche di accoglienza, informazione e comfort con percorsi assistenziali condivisi con il cittadino, è una delle parole chiave del New Deal della Salute – Linee del programma del Governo per la promozione ed equità della salute dei cittadini.

Ridurre la sofferenza dei malati e umanizzare l'assistenza valorizzando l'importanza del rapporto relazionale a ogni contatto tra cittadino e sistema sanitario rappresenta uno dei principi su cui è imperniato il presente documento di programmazione regionale.

È la persona nel suo complesso a rappresentare il punto di riferimento per gli operatori sanitari e non solo gli aspetti tecnico-operativi. La medicina moderna tende infatti a scomporre la persona in organi e a delegare a macchine sempre più sofisticate l'iter diagnostico e la relazione col paziente, con un aumentato rischio di malattie iatrogene legate alla frammentazione dei processi clinico-assistenziali.

Il punto di vista dei cittadini è un elemento fondamentale nel processo di miglioramento della qualità dei servizi assistenziali. Proprio la rilevanza che le persone assistite attribuiscono alla dimensione delle relazioni umane spiega l'alto apprezzamento dato a tutti quei segni di attenzione, premura, empatia, rispetto, solidarietà che gli assistiti ricevono troppo spesso avaramente nelle occasioni di contatto con i servizi sanitari.

L'ambito della comunicazione è quello in cui appare con maggior evidenza la distanza tra la prospettiva del pubblico e quella del personale sanitario. La differenza dei rispettivi linguaggi e codici comunicativi determina un frequente senso di spaesamento e disagio negli utenti, che lamentano spesso di "non capirci niente" e di sentirsi abbandonati e all'oscuro di fatti e decisioni per loro vitali. Si osserva spesso la tendenza del personale sanitario a ridurre la comunicazione a semplice strumento, veicolo di nude informazioni che alimenta l'insoddisfazione degli utenti.

A volte la stessa dignità dei cittadini/pazienti sembra dimenticata dai comportamenti degli operatori sanitari, a loro volta costretti da ritmi di lavoro faticosi, da richieste più urgenti, da un "clima organizzativo" che spesso non facilita una disposizione d'animo empatica.

Numerosi sono i problemi da affrontare: dalle lunghe attese all'apparente arbitrarietà degli accessi, dalla carenza di informazioni alla ricorrente (anche se del tutto involontaria e talora inevitabile) violazione del pudore e della privacy e al disagio derivante dalla promiscuità, dalla separazione coatta tra pazienti e accompagnatori (specie se parenti) alla perdita di identità (derivante dall'anonimato) e dignità (causata dalla nudità, dalle manipolazioni cui si è sottoposti).

Gli ospedali e i servizi sanitari di buona qualità devono essere improntati alla tutela della piena individualità sociale della persona assistita (e in parte di chi lo accompagna) e non devono agire come istituzioni senza volto che relegano, esercitano potere e puniscono. Un buon rapporto umano tra operatore e assistito rappresenta una componente determinante del buon esito del trattamento, nonché un elemento essenziale del processo clinico-assistenziale, della presa in carico.

### **Le iniziative**

Le iniziative tese a umanizzare gli ospedali saranno orientate al rispetto dei valori soggettivi della persona, alla promozione della sua autonomia, alla tutela della diversità culturale.

Si annoverano interventi di natura diversa:

- interventi di ristrutturazione ospedaliera con architetture che possano “demedicalizzare” gli ambienti rendendoli più rilassanti, prevedendo comode sale di accoglienza e cura degli arredi;
- l’organizzazione dei reparti per intensità assistenziale in grado di attutire l’impatto dell’altrui sofferenza;
- la riorganizzazione degli orari di visita tali da consentire una più agevole continuità di presenza dei familiari nei reparti di degenza, in particolare dopo le procedure invasive e gli interventi chirurgici, sino all’entrata senza limitazioni durante le ore diurne;
- la comunicazione tra gli operatori sanitari e gli assistiti per patologie oncologiche e i loro familiari, anche tramite l’adozione di linee guida in grado di suggerire l’approccio di volta in volta preferibile per trasmettere le informazioni relative allo stato della malattia e alla prognosi;
- l’accoglienza degli assistiti e dei familiari nei luoghi di pronto soccorso;
- l’attenzione alla riabilitazione cognitiva e non solo fisica nelle strutture residenziali e semiresidenziali;
- la lotta allo stigma e alla discriminazione per i pazienti affetti da infezione HIV/AIDS.

Un posto a parte merita il problema del trattamento del dolore nelle patologie gravi. La promozione di “ospedali senza dolore”, in cui l’approccio all’analgesia divenga pratica preventiva degli operatori sanitari e non avvenga solo dopo pressanti richieste dei pazienti o dei familiari, è una priorità. Questo tema assume rilevanza critica per quanto riguarda le persone con patologie oncologiche e i giovani. Si prevede al riguardo all’adozione di specifiche linee guida e la formazione del personale.

In ospedale, sebbene siano stati compiuti progressi nella conoscenza dei meccanismi fisiopatologici e del trattamento, la valutazione del dolore, il trattamento e la continuità assistenziale sono ancora lontani nella realizzazione. Il problema è ancora sottovalutato e insufficientemente trattato. Le iniziative regionali per la presa in carico del dolore sono numerose ma esiste una mancanza di visibilità di comunicazione, di condivisione di esperienze e di concertazione tra i diversi attori (curanti, utilizzatori, istituzioni).

La definizione di un modello strutturale, clinico e organizzativo, ripetibile e adattabile alle diverse realtà ospedaliere pubbliche o private, rappresenta un passo definitivo verso la soluzione del grande problema del dolore in tutte le forme in cui si presenta, da solo come malattia, associato come sintomo acuto alle patologie e alla chirurgia, compartecipe, insieme ad altri sintomi, della tragica condizione dei pazienti affetti da patologie croniche e da neoplasia.

L’offerta di modelli organizzativi e assistenziali, che garantiscano la continuità assistenziale dall’Ospedale per acuti ad altre forme di assistenza e riabilitazione territoriali e domiciliari, può contribuire a evitare ricoveri inappropriati presso strutture per acuti e dispersioni di risorse.

Gli interventi di assistenza palliativa tesi al miglioramento delle sofferenze dei pazienti dovranno anche occuparsi dell’integrazione dell’offerta negli ambiti assistenziali domiciliari, ospedalieri e residenziali e alla copertura di una adeguata offerta su tutto il territorio regionale, nonché dell’integrazione con l’opera del Medico di medicina generale.

Obiettivo della Regione Lazio è di migliorare la presa in carico del dolore nelle strutture sanitarie regionali, mettendo in atto le informazioni necessarie affinché il malato non subisca la sua sofferenza come una fatalità. La necessità di offrire livelli assistenziali a complessità differenziata rende necessario programmare un sistema che renda possibile l'integrazione di differenti modelli e livelli di intervento. È altresì essenziale formare i professionisti al migliore ascolto della persona assistita e alla presa in carico terapeutica e psicologica del dolore.

Il piano di azione per la presa in carico del dolore si fonda su quattro assi:

- definizione degli ambiti di intervento per il dolore acuto, il dolore cronico, il dolore oncologico;
- strutturazione di Centri di medicina del dolore;
- strutturazione di una rete di cure;
- formazione dei professionisti.

Gli strumenti più utili per la messa in opera di queste iniziative includono la formazione degli operatori, l'adozione di linee guida, la partecipazione delle associazioni degli assistiti, la diffusione delle *Medical Humanities* e il contributo dei comitati etici.

È diretta responsabilità dei Direttori sanitari, dei dirigenti responsabili dei Distretti, dei reparti e degli ambulatori e della farmacia non solo assicurare l'accesso alla prestazione e l'erogazione di servizi efficaci e sicuri, ma anche garantire che i luoghi di cura siano luoghi improntati al rispetto irrinunciabile dei diritti umani e della dignità della persona.

## **4.b Attività ospedaliera per acuti**

### **4.b1 ANALISI DELLA SITUAZIONE ATTUALE E BENCHMARK**

La regione Lazio si caratterizza storicamente per un eccesso di posti letto ospedalieri dedicati all'acuzie, concentrato soprattutto nell'area metropolitana, mentre nel restante territorio regionale la rete ospedaliera presenta delle disomogeneità e delle carenze.

Complessivamente, al 1 gennaio 2009 risultavano attive 104 strutture di ricovero per acuti che erogavano assistenza a carico del SSR: 46 presidi ASL, 7 ospedali classificati, 36 case di cura accreditate, 4 Aziende ospedaliere, 4 Policlinici universitari, 7 IRCCS (incluso l'IRCCS Bambino Gesù a sede extraterritoriale). In totale 20.227 posti letto (di cui 794 dell'IRCCS Bambino Gesù)<sup>19</sup>, il 14% dei quali appartenenti a case di cura private. L'indice per 1.000 abitanti è risultato pari a 3,6<sup>20</sup>. L'offerta dell'alta specialità, inoltre, risulta concentrata tutta nell'area metropolitana romana, così come la gran parte della terapia intensiva. Uno degli interventi di decentramento delle alte specialità è quello concordato tra Regione e Università "La Sapienza", con il decentramento di 250 posti letto nell'ASL di Latina e di 450 posti letto nel quadrante nord verso l'ASL di Viterbo (ospedale S. Andrea).

---

<sup>19</sup> Dati NSIS 1/1/2009.

<sup>20</sup> Dato popolazione ISTAT 1/1/2009.

Nel 2007 il numero complessivo di dimissioni per acuti è stato di 1.119.488 (esclusi tutti i neonati), di cui il 33,77% in day hospital/day surgery, il numero di giornate di degenza ordinaria è risultato di 5.390.370 con una degenza media di 7,27 giorni.

Nel 2008, le giornate di degenza ordinaria per acuti per 1.000 abitanti/anno, erogate dal SSR del Lazio, sono risultate 963, contro una media delle Regioni non in disavanzo (Valle d'Aosta, Lombardia, Province autonome di Trento e Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata) di 846; di queste, solo il 57% sono state erogate da strutture pubbliche (contro l'82% delle Regioni non in disavanzo)<sup>21</sup>.

Particolarmente elevata, inoltre, è risultata la degenza media preintervento dei ricoveri ordinari chirurgici del Lazio (3,6 vs 2 nelle Regioni non in disavanzo)<sup>22</sup>.

Gli indicatori di appropriatezza hanno inoltre evidenziato una percentuale complessiva di ricoveri inappropriati pari al 29,7% (anno 2005), e una percentuale di DRG medici trattati nei reparti chirurgici stimata pari al 33,7% (fonte: Piano di rientro 2007).

Uno dei punti critici evidenziato dal confronto con le altre regioni è il problema dei ricoveri ripetuti soprattutto per gli anziani multipatologici.

Oltre alle considerazioni sopra riportate, tra i punti di debolezza del sistema si sottolinea la situazione relativa all'edilizia sanitaria, con la presenza di alcune strutture non più adeguate a ospitare le attività di ricovero per acuti, ciò anche quale conseguenza di ritardi nell'esecuzione dei previsti programmi di riqualificazione.

Inoltre, il progressivo invecchiamento della popolazione, che si accompagna ad un aumento della gravità e dei bisogni assistenziali, porta, in assenza o carenza di risposte alternative al ricovero ospedaliero (ad esempio degenza post-acuzie e strutture residenziali, prevedendone un sufficiente numero di posti letto), ad un sovraffollamento in area medica e ad un improprio utilizzo dell'area chirurgica.

Nella rimodulazione dei posti letto accreditati, in particolare nei grandi ospedali, è opportuno correggere l'utilizzo incongruo di strutture di alta specializzazione, prevedendo un sufficiente numero di posti letto di degenza post-acuzie e residenziali per le esigenze assistenziali minori come filto dei ricoveri a valle della dimissione. Ciò al fine di ridurre sia l'inappropriatezza dei ricoveri, ovvero malati inviati in reparti impropri per necessità/carenza di letti specialistici, sia il costo.

L'attuale rigidità dell'assetto organizzativo limita la flessibilità nell'uso di risorse, anche per la presenza di duplicazioni e/o sottoutilizzo delle strutture e la scarsa integrazione tra i diversi presidi di aree territoriali omogenee, con tendenza a mantenere situazioni di autoreferenzialità. Un esempio delle possibili conseguenze derivanti da tale situazione è rappresentato dalla tendenza all'incremento progressivo della dotazione tecnologica del singolo ospedale, a causa della non considerazione di possibili sinergie con altri presidi.

Un'ulteriore criticità è identificabile nell'organizzazione prevalentemente autonoma delle singole funzioni degli ospedali, con tendenza a sviluppare comportamenti competitivi determinando inoltre una rigidità dell'offerta per funzione rispetto ai bisogni dell'utenza. Una delle conseguenze di tale situazione è il conferimento di assistenza di minore complessità clinico-assistenziale in strutture a elevato profilo di offerta (utilizzo incongruo di strutture ad alta specializzazione), o il ricovero del paziente a elevata complessità in strutture non adeguate, fenomeno che favorisce la tendenza a

---

<sup>21</sup> Elaborazione dati KPMG.

<sup>22</sup> Elaborazione dati KPMG.

incrementare il livello di complessità dell'offerta attraverso l'acquisizione di nuove attrezzature e lo sviluppo di nuove procedure (tipico l'esempio delle cardiologie che tendono ad acquisire le funzioni di emodinamica, indipendentemente dal numero di pazienti afferenti e dall'offerta di tali servizi sul territorio limitrofo). Ciò comporta l'incremento dei costi di gestione e la riduzione della casistica trattata dai singoli professionisti. Non viene garantita, inoltre, la disponibilità di prestazioni multidisciplinari in quanto esse non sono presenti in tutti i centri.

Si evidenzia infine la persistente difficoltà per i presidi ospedalieri di garantire le funzioni assistenziali di minore complessità ma di elevata frequenza necessarie per il Distretto di riferimento denunciando un'integrazione ospedale-territorio insufficiente. È necessario quindi favorire l'integrazione dell'ospedale con i servizi territoriali (continuità assistenziale e percorsi clinico-assistenziali dei pazienti), privilegiando il ruolo del Distretto e, quando attivati, dei Presidi territoriali di prossimità.

In sintesi, l'attuale organizzazione non appare in grado di garantire una risposta personalizzata ai problemi delle persone assistite in quanto il profilo delle prestazioni erogate è rigido e consegue prevalentemente dalle caratteristiche della struttura. Inoltre, a livello di singolo ospedale, a causa della non corrispondenza tra livello di offerta e casistica trattata, possono svilupparsi forti inefficienze e diseconomie.

Gli aspetti critici delle attività ospedaliere si manifestano quindi prevalentemente sul versante dell'efficienza, sia interna (singola struttura) che di sistema (livello di assistenza) e, peraltro, investono anche l'efficacia dei trattamenti.

#### **4.b2 RAZIONALIZZAZIONE, SVILUPPO E RIQUALIFICAZIONE DEL SISTEMA DI OFFERTA**

La rimodulazione dell'offerta si è sviluppata nel Lazio in varie fasi. La partenza è stata il Piano di rientro concordato con il Governo e approvato dalla Giunta regionale con Delibera del 6 marzo 2007, n. 149, elaborato ai sensi dell'art. 1 comma 180 della Legge n. 311/2004, che ha previsto un'ampia manovra di riconversione al fine di dimensionare entro il 2009 la rete ospedaliera regionale rispetto alla popolazione residente (riferita al dato ISTAT 1/1/2006, pari a 5.304.778) secondo lo standard previsto di 3,5 p.l. per 1.000 abitanti, con effetto indiretto sul tasso di ospedalizzazione (obiettivo prefissato: 180 ricoveri annui per 1.000 abitanti). I successivi Decreti del Commissario ad Acta n. 25 e 43 del 2008 e 5 del 2009 hanno definito gli interventi di tale manovra.

Alla luce dei nuovi standard definiti dal Patto per la salute 2010-2012 – Rep. 243/CSR (4 p.l. per 1.000 abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per 1.000 abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie e della necessità di utilizzare a fini programmatici un dato della popolazione residente più aggiornato (5.626.710 – ISTAT 1/1/2009), la Regione Lazio ha ritenuto indispensabile ridefinire il fabbisogno assistenziale e redigere nuove linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete ospedaliera, in coerenza con la pianificazione regionale per il triennio 2010-2012. Tale fabbisogno è pari a 22.507 posti letto, 18.568 per acuti e 3.939 per riabilitazione e lungodegenza. Tale standard sarà definitivamente individuato a seguito delle successive determinazioni da parte della Conferenza Stato-Regioni sulla base di un'apposita valutazione effettuata dalla Struttura tecnica di monitoraggio con il supporto dell'Agenas, in relazione a quanto previsto dall' articolo 6, commi 2 , 3 e 4 del nuovo Patto della salute 2010-2012.

### **Fabbisogno assistenziale ospedaliero per acuti**

Nella tabella A è riportato il fabbisogno di posti letto per acuti, per ASL e per specialità, stimato secondo la metodologia utilizzata nella D.G.R. 419/07, a cui si rimanda per i dettagli.

In sintesi, la metodologia utilizzata dalla D.G.R. 419/07 parte dai tassi di dimissione per ASL di residenza osservati nell'anno 2006 con inclusione della mobilità passiva (relativa all'anno 2005). Il tasso complessivo di dimissione per specialità è stato ripartito tra regime ordinario e di day hospital per mezzo di un indicatore che tiene conto dell'appropriatezza della performance organizzativa. Per quanto riguarda il day hospital si è assunta come inappropriata, sulla base di una stima conservativa derivante dagli studi effettuati nel Lazio, una quota pari a circa al 25% degli accessi.

Alle stime della D.G.R. 419/07 sono state apportati aggiustamenti in ragione dell'utilizzo di un più aggiornato dato ISTAT riguardante la popolazione residente (5.626.710 al 1 gennaio 2009) e correzioni in riferimento al raggiungimento del nuovo standard indicato dal Patto per la salute 2010-2012 (Intesa Stato-Regioni 3/12/2009), pari a 3,3 posti letto per acuti per 1.000 residenti.

Il raggiungimento di tale standard porterà la Regione Lazio ad una dotazione di posti letto per acuti di 18.568 unità. Tale stima verrà eventualmente corretta in base alla valutazione di ulteriori criteri da parte della Conferenza Stato-Regioni circa la percentuale effettiva di aumento da applicarsi nella regione Lazio sulla base di quanto previsto dall' articolo 6, commi 2 , 3 e 4 del nuovo Patto della salute 2010-2012.

Per le seguenti discipline sono stati, inoltre, apportati specifici aggiustamenti di cui si illustra il razionale.

#### Terapia intensiva, Terapia intensiva neonatale, UTIC, Unità di trattamento neurovascolare, SPDC

Il fabbisogno stimato per tali discipline (secondo quanto espresso dalla D.G.R. 419/07), aggiornato al nuovo dato della popolazione residente, non ha subito ridimensionamenti correlati ai ricalcoli effettuati per il raggiungimento dello standard complessivo di 3,3 p.l. per 1.000 abitanti. Ciò in quanto le raccomandazioni internazionali e quelle contenute nella D.G.R. 419/07 fissano delle soglie minime per tali specialità.

#### Oncologia, Medicina generale, Chirurgia generale

In considerazione del fatto che i ricoveri di persone con patologia oncologica, spesso, avvengono in reparti di Medicina e Chirurgia generale, anche afferenti a strutture non idonee ad assicurare qualità e sicurezza nelle cure oncologiche, è stata riattribuita ai reparti di Oncologia una quota dei posti letto<sup>23</sup> di Medicina e Chirurgia generale attualmente impegnati nella riospedalizzazione di pazienti con diagnosi oncologica già acclarata da precedente ricovero, sottoposti a terapia medica e dimessi con DRG oncologici. Tale correzione è funzionale alla nuova organizzazione della rete oncologica contenuta negli Allegati al presente Piano.

<sup>23</sup> I criteri utilizzati per l'identificazione della quota di posti letto di Medicina e Chirurgia generale assorbita per l'assistenza a pazienti oncologici sottoposti a terapia medica (con diagnosi oncologica già acclarata), appropriatamente riattribuibili al fabbisogno di posti letto dell'Oncologia, sono stati i seguenti:

- identificazione delle giornate di degenza ordinaria e degli accessi di DH effettuati nei reparti indicati, a carico di tali pazienti;
- calcolo del numero di posti letto (ordinari e DH) necessario ad assorbire tale carico assistenziale, ad un tasso di occupazione stabilito del 85%.

L'intero pool di posti letto della Chirurgia generale (43) e il 75% dei posti letto della Medicina generale (121), così calcolati, sono stati rispettivamente sottratti al fabbisogno della disciplina di provenienza e riattribuiti all'Oncologia.



### Geriatría. Medicina generale

È stato rilevato che la dotazione di posti letto di Geriatría della Regione Lazio risulta di gran lunga inferiore a quella delle Regioni "virtuose" – non soggette a Piano di rientro – (6,8 vs 10 p.l. per 100.000 abitanti) e che le Medicine generali della regione erogano oltre 420.000 giornate di degenza ordinaria all'anno per l'assistenza di pazienti ultra settantacinquenni (con degenza maggiore a 6 gg).

Per tale motivo, in considerazione della complessità assistenziale riscontrabile in un elevato numero di tali pazienti e della necessità di garantire ad essi cure specialistiche, è stata attribuita alla geriatría una quota pari al 10% dei posti letto di Medicina generale attualmente così utilizzati<sup>24</sup>.

Nella tabella è riportata anche la dotazione dei posti letto per acuti (dati NSIS 1/1/2009), essa comprende la dotazione di p.l. per acuti dell'IRCCS Bambino Gesù (che nel Piano di rientro è escluso dal calcolo dell'indice di posti letto per residente in quanto struttura a sede extraterritoriale). Si fa presente, infine, che il dato NSIS al 1 gennaio 2009 rappresenta solo parzialmente gli effetti attesi dall'applicazione dei decreti del Commissario ad Acta n. 25 del 11/9/2008 e n. 43 del 17/11/2008.

Si sottolinea, infine, che il fabbisogno per ASL riportato in tabella non rappresenta l'offerta attesa in posti letto di ciascuna ASL, bensì il **fabbisogno espresso dalla sua popolazione residente, da garantire con strutture collocate in ambito regionale, ma non necessariamente nella medesima ASL.**

Nell'orientamento della programmazione sulla base di questi dati, occorrerà tenere in conto anche la mobilità attiva non inclusa nelle stime prodotte che esprime la richiesta di ricovero di pazienti residenti in altre regioni in particolare per l'attività di ricovero offerta dalle strutture del Lazio che istituzionalmente hanno valenza sovra regionale.

---

<sup>24</sup> 135 posti letto (tasso di occupazione pari all'85%) – anno 2007 EPICS.

**Tabella A**

Fabbisogno posti letto per acuti per disciplina. Popolazione 1/1/2009																	
COD	SPECIALITA' DI RICOVERO PER ACUTI	posti letto		Fabbisogno p.l. per residenti – Popolazione 1/1/2009													
		NSIS 1/1/2009 LAZIO*	Fabbisogno Lazio	RMA	RMB	RMC	RMD	RME	RMF	RMG	RMH	VT	RI	LT	FR		
6	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	22	10	10													
7	CARDIOCHIRURGIA	168	153	153													1
8	CARDIOLOGIA	907	885	84	105	91	87	85	45	70	78	53	28	80	79		
9	CHIRURGIA GENERALE	3084	2597	236	313	259	259	245	136	213	236	151	78	241	230	2	
10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	87	50	50													3
11	CHIRURGIA PEDIATRICA	116	59	59													
12	CHIRURGIA PLASTICA	169	88	88													
13	CHIRURGIA TORACICA	76	53	53													
14	CHIRURGIA VASCOLARE	245	201	19	24	21	20	19	10	16	17	12	7	18	18		
18/66	EMATOLOGIA E ONCOEMATOLOGIA	351	311	27	39	30	31	29	17	26	29	17	8	30	28		
19	MALAT. ENDOC. DEL RICAMBIO E DELLA NUTRIZ	208	66	66													
21	GERIATRIA	311	427	43	50	45	42	42	21	32	35	26	13	38	40		
24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	540	464	39	57	44	47	42	25	40	45	26	13	46	40		
26	MEDICINA GENERALE	3405	3396	324	401	352	336	329	172	269	295	204	108	303	303	2	
29/48	NEFROLOGIA E TRAPIANTI RENE	266	175	16	21	17	18	16	9	14	16	10	6	16	16		
30/76	NEUROCHIRURGIA	331	221	221													6
32	NEUROLOGIA	338	312	28	38	30	31	30	16	26	29	18	9	29	28		
33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	87	51	51													
34	OCULISTICA	401	227	21	27	24	23	22	11	18	20	13	7	21	20		
35	ODONTOSTOMATOLOGIA	40	22	22													
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2009	2017	183	243	201	200	191	106	165	184	117	60	188	179	5	
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1541	1302	108	171	122	136	126	72	111	131	64	31	125	105		
38	OTORINOLARINGOIATRIA	472	405	34	50	38	41	37	22	35	39	22	11	40	36		
39	PEDIATRIA	519	429	32	54	38	43	38	25	39	45	22	11	44	38		
43	UROLOGIA	602	557	52	66	56	55	53	29	45	50	33	17	51	50		
49	TERAPIA INTENSIVA	485	557	557													9
50	UTIC	236	281	281													10
51	OSSERVAZIONE BREVE	370	396	396													
52	DERMATOLOGIA	322	124	124													

Segue

continua

COD	SPECIALITA' DI RICOVERO PER ACUTI	posti letto		Fabbisogno PPLL per residenti - Popolazione 1/1/2009												
		NSIS 1/1/2009 LAZIO*	Fabbisogno Lazio	RMA	RMB	RMC	RMD	RME	RMF	RMG	RMH	VT	RI	LT	FR	
58	GASTROENTEROLOGIA	234	194	17	24	19	19	18	10	16	18	11	6	18	18	
62	NEONATOLOGIA	302	240	19	33	22	26	25	13	21	26	10	5	23	17	
64	ONCOLOGIA	741	767	69	91	76	76	74	41	64	70	44	23	71	68 <sup>11</sup>	
68	PNEUMOLOGIA	307	327	31	39	33	33	32	17	26	29	19	10	29	29	
70/74	RADIOTERAPIA E RADIOLOGIA ONCOLOGICA	108	60	60												
73	UTIN <sup>12</sup>	110	162	162												
78	UROLOGIA PEDIATRICA	49	26	26												
	SPDC <sup>13</sup>	269	489	489												
	UTN <sup>14</sup>		219	219												
	ALTRE SPECIALITA' <sup>15</sup>	299	248	248												
	Totale	20.227 <sup>16</sup>	18.568 <sup>17</sup>													

**NOTE**

\* Il dato NSIS 1/1/09 – p.l. per acuti – comprende i p.l. dell'IRCCS extraterritoriale Bambino Gesù (794).

<sup>1</sup> Di cui 53 per la rete cardiologica.

<sup>2</sup> Correzione apportata in funzione dei ricoveri "oncologici" trasferibili in oncologia.

<sup>3</sup> Di cui 16 per rete trauma grave.

<sup>4</sup> Correzione apportata in funzione dei ricoveri "geriatrici" trasferibili dalla Medicina generale.

<sup>5</sup> Correzione apportata in funzione dei ricoveri "oncologici" e "geriatrici" trasferibili presso le rispettive discipline.

<sup>6</sup> Di cui 41 per rete trauma grave.

<sup>7</sup> Di cui 720 per rete trauma grave.

<sup>8</sup> Di cui il fabbisogno di posti letto di Ostetricia (gravidanza, puerperio e parto) è pari a 769 p.l.

<sup>9</sup> Pari al 3 % del totale dei posti letto per acuti, di cui 41 per rete trauma grave.

<sup>10</sup> Fabbisogno pari a 1 p.l. ogni 20.000 residenti (D.G.R. 419/07).

<sup>11</sup> Correzione apportata in funzione dei ricoveri "oncologici" trasferibili dalle discipline di Medicina e Chirurgia generale.

<sup>12</sup> La disciplina cod. 73 comprende p.l. di terapia intensiva e subintensiva neonatale.

<sup>13</sup> Il fabbisogno dei posti letto di SPDC è calcolato in difetto rispetto allo standard di 1:10.000. Tale riduzione tiene conto del fatto che:

- l'accesso in SPDC è riservato a persone che hanno raggiunto la maggiore età;

- ulteriori p.l. psichiatrici per acuti – che non sono SPDC – sono presenti presso 2 strutture universitarie;

- il Decreto del Commissario ad Acta n. 48/2009 prevede la destinazione di 240 p.l. psichiatrici di post-acuzie a funzioni mirate al proseguimento delle cure per alcune tipologie di pazienti provenienti da SPDC (con effetti attesi sulla riduzione della durata della degenza in SPDC).

<sup>14</sup> Rete dell'ictus cerebrale acuto (UTN). All'1/1/2008 i posti letto utilizzati per tale funzione risultano collocati all'interno di specialità già esistenti, quali la neurologia, la medicina d'urgenza e la medicina interna. Viste le caratteristiche strutturali e organizzative dell'UTN, tali posti letto dovranno preferibilmente essere collocati in unità di trattamento neurovascolare di nuova istituzione.

<sup>15</sup> Medicina sportiva, Medicina del lavoro, Medicina nucleare, Angiologia, Immunologia, Allergologia, Reumatologia, Grandi ustioni, Psichiatria-non SPDC (p.l. universitari e DH).

<sup>16</sup> Il totale NSIS comprende i p.l. delle discipline Day hospital e detenuti (il cui fabbisogno è ricompreso in quello di tutte le discipline), cure palliative (il cui fabbisogno-DH è incluso in quello di Oncologia), emodialisi (non valutato come fabbisogno ospedaliero per acuti).

<sup>17</sup> Tale fabbisogno potrà eventualmente espandersi sulla base di quanto previsto dall' articolo 6, commi 2, 3 e 4 del nuovo Patto della salute 2010-2012.

Infine per l'area oncologica e per pazienti in generale assistibili in day surgery va prevista la disponibilità di strutture che accolgano pazienti per garantire la temporanea prossimità al luogo di cura, con il fine di evitare il ricovero ordinario per pazienti che possono essere trattati in day hospital/day surgery/ambulatorio e che è prudente trattenere per una giornata.

Per quanto riguarda l'attività di lungodegenza e di riabilitazione, si veda Parte III – cap. 5.

La Regione Lazio definirà con successivi provvedimenti le modalità operative attraverso cui adeguerà le dotazioni effettive ai fabbisogni qui individuati sia per quanto riguarda l'ospedale per acuti sia per le altre fattispecie considerate dal Piano.

## **Linee di indirizzo per la rimodulazione e riorganizzazione dell'attività ospedaliera**

### **Criteri generali**

Il cambiamento della storia naturale delle malattie, con l'aumento della prevalenza, dovuto sia all'anticipazione diagnostica (es. screening dei tumori), sia alla maggiore efficacia delle cure è un fattore determinante nella definizione dei bisogni di salute, che ancora negli atti programmatori è troppo legata alla sola incidenza. D'altra parte l'evoluzione della tecnologia gioca anche un ruolo nell'accorciare il periodo di acuzie di una malattia e nell'anticipare la ripresa o la stabilizzazione.

Tutto ciò fa virare il peso dell'offerta di sanità da interventi essenzialmente incentrati sull'acuzie verso interventi residenziali, semiresidenziali e domiciliari di carattere assistenziale o socio-assistenziale. La conseguenza è una minore necessità di posti letto per acuti, mentre occorre incrementare le attività diagnostico-terapeutiche non residenziali e, in notevole misura, l'assistenza per i pazienti stabilizzati, sia residenziale (RSA, Hospice), sia domiciliare.

Il presente Piano fornisce linee di indirizzo per il riordino della rete ospedaliera, da attuarsi attraverso un provvedimento ad hoc che potrà essere assunto in termini più precisi quando sarà data attuazione a quanto previsto dall'art. 16 del Patto per la Salute 2010-2012.

Il Piano comunque pone le basi per rimodulare la risposta ai bisogni di salute dei cittadini, individuando le trasformazioni necessarie perché la quota di risposte del servizio sanitario fornite in modo inappropriato attraverso il ricovero trovino d'ora in poi luoghi e modalità più efficienti senza nulla togliere alla qualità. È per questo che viene programmata l'attivazione di Day service, di Ospedale su cinque giorni (Week hospital), dell'Osservazione breve intensiva, quali servizi alternativi al ricovero e meno onerosi. È per questo soprattutto che viene potenziato il territorio, ridefinito il ruolo dei medici di medicina generale e profilati i percorsi di integrazione con la medicina specialistica.

Inoltre il Piano traccia le indicazioni per il potenziamento delle cure intermedie, con grande attenzione a rendere lungodegenza e RSA effettive articolazioni armoniche ai percorsi di assistenza e con il lancio dei Presidi territoriali di prossimità, volti a rispondere a problemi assistenziali di cittadini e ad alleggerire gli ospedali di giornate di degenza di pazienti che non hanno più bisogno di diagnosi e di clinica, ma solo di assistenza infermieristica.

L'apertura dei Presidi territoriali di prossimità è uno degli strumenti volti anche alla riduzione delle giornate di degenza in ricovero ordinario, assieme ad una maggiore estensione dei controlli in fase di preospedalizzazione per interventi chirurgici e assieme ad un'intensificazione dei controlli esterni per la verifica dell'appropriatezza della durata dei ricoveri.

I criteri fondamentali sulla base dei quali operare il riordino della rete ospedaliera si basano sui seguenti elementi:

1. i fabbisogni, in parte descritti dal presente Piano, che andranno poi articolati e precisati in relazione alle aree e alle strutture specifiche nonché alla disponibilità di dati recenti ed attendibili circa i posti letto effettivamente operanti sia nel settore acuti, inclusi ordinari e diurni, sia nella riabilitazione e lungodegenza postacuzie;
2. il riequilibrio delle strutture ospedaliere e dei posti letto nei diversi ambiti territoriali, specialmente a favore delle province;
3. l'analisi della mobilità interna;
4. i volumi di attività e le discipline presenti nelle strutture;
5. l'accessibilità e la possibilità di mantenimento della prossimità;
6. il rispetto delle esigenze delle reti di assistenza;
7. i criteri di economicità;
8. le dotazioni tecnologiche e strutturali (risorse, edilizia);
9. le performance e gli esiti ottenuti dalle strutture, misurati tramite specifici indicatori;
10. la necessità di riconversione di alcuni ospedali per acuti e case di cura con bassi volumi di attività in poliambulatori, RSA, presidi territoriali di prossimità o hospice.

Rispetto a tali punti essenziali e ad altri dettati dai contesti specifici si configurerà la modalità di riordino della rete.

#### **4.b2.1 Linee di indirizzo per il Piano ospedaliero**

Alla luce delle indicazioni del presente Piano sanitario regionale, nonché della L.R. n. 14/08 e del nuovo Patto per la salute 2010-2012, appare necessario tracciare alcune linee di indirizzo e criteri per la rimodulazione e riorganizzazione della rete ospedaliera laziale:

- la progressiva riqualificazione della rete ospedaliera e, soprattutto, delle grandi Aziende di rilievo nazionale, ospedali universitari e IRCCS, verso le prestazioni di alta specialità ed eccellenza, attraverso scelte organizzative efficaci e attraverso l'opportuna e qualificata dotazione professionale e tecnologica, anche al fine di proporsi come polo di attrazione per la migrazione sanitaria extraregionale;
- la sempre maggiore riqualificazione delle risposte all'emergenza attraverso la predisposizione e approvazione di un piano di riorganizzazione delle relative attività a partire da quelle gestite dall'ARES 118;
- la riconversione dei posti letto per acuti in esubero in posti letto in PTP, in RSA e comunque per l'incremento delle attività dedicate alla residenzialità extraospedaliera risultanti carenti o strategicamente rilevanti;
- la classificazione delle strutture sanitarie basata sulla tipologia e quantità delle prestazioni erogate e sui livelli di complessità della struttura organizzativa clinica delle specialità presenti e delle tecnologie disponibili. Fondamentale per il raggiungimento di questo obiettivo è lo strumento dell'accreditamento istituzionale che deve essere finalizzato al miglioramento continuo della qualità, utilizzando anche indicatori di esito;
- la riconversione di alcune strutture ospedaliere in ospedali territoriali a diversa destinazione (PTP, lungodegenza, riabilitazione, monospécialistici) che non esclude l'inserimento nella rete del soccorso prevedendo per gli stessi vari livelli di attività;
- la promozione di forme di collaborazione e di sinergie tra ospedale e territorio (PTP, RSA ecc.);
- l'allocazione, di norma, in un unico stabile ospedaliero delle funzioni di Alta specialità nella rete per l'emergenza;

- la riconsiderazione della funzione delle strutture ospedaliere secondo una matrice decisionale che deve tener conto delle seguenti variabili:
  - a. verifica del possesso dei requisiti tecnologici, strutturali e organizzativi e di qualità sulla base del livello di complessità e di intensità dell'assistenza, previsti dalla normativa nazionale e regionale;
  - b. caratteristiche geomorfologiche del territorio;
  - c. bacini di utenza e densità abitativa;
  - d. dati di attività;
  - e. numero di posti letto e relative soglie operative;
  - f. numero di ricoveri annuo per acuti appropriati e relative soglie operative per disciplina;
  - g. numero di prestazioni di pronto soccorso/anno effettuate;
  - h. indice di occupazione dei posti letto;
  - i. degenza media;
  - j. indice di case-mix e peso medio DRG;
  - k. livello di efficienza gestionale ovvero livelli di produttività in particolare per quanto riguarda l'incidenza dei costi sui ricavi;
  - l. profilo anagrafico ed epidemiologico della popolazione;
- strutturazione di una rete per l'emergenza che assicuri, ad eccezione delle discipline di altissima specializzazione, l'autonomia provinciale, al netto delle funzioni accentrate, e riconversione dei rimanenti p.l. sempre su base provinciale fino al raggiungimento del tetto complessivo su base regionale, che rappresenta comunque un limite invalicabile. Per l'area metropolitana di Roma il calcolo del limite dei p.l. x 1.000 abitanti è fatto tenuto conto delle funzioni specialistiche accentrate a livello regionale nei presidi allocati nell'area medesima.

La nuova impostazione della rete ospedaliera dovrà, comunque, garantire ai cittadini laziali:

- facilità di accesso all'assistenza ospedaliera e garanzia dell'erogazione delle prestazioni nell'ambito regionale;
- gestione efficace ed efficiente dell'ospedale attraverso un'adeguata riconfigurazione degli ospedali sul territorio sulla base di problematiche specifiche nelle aree disagiate, appropriatezza dei ricoveri e, comunque, dell'uso dell'ospedale;
- collegamento delle strutture ospedaliere ai servizi sul territorio, necessario all'implementazione dei percorsi assistenziali, sia nella fase di accesso che di dimissione dall'ospedale, mettendo in atto una reale integrazione fra ospedale e territorio;
- organizzazione interna degli ospedali orientata a criteri di efficienza, qualità ed economicità.

Si impongono, pertanto, una serie di interventi radicali finalizzati all'accorpamento dei piccoli ospedali e a eventuale delocalizzazione di alcuni ospedali, con la realizzazione di nuove strutture ospedaliere collocate in sedi facilmente accessibili a più comunità locali.

Tali iniziative, oltre a realizzare strutture moderne, efficienti e conformi ai requisiti strutturali impiantistici e tecnologici previsti in materia di accreditamento, in sostituzione di più strutture piccole e inadeguate, libererebbero risorse da utilizzare per le nuove realizzazioni.

Il sistema va pertanto rimodulato con l'obiettivo di realizzare una rete ospedaliera tecnologicamente avanzata, costituita da una serie di ospedali classificati in relazione ai livelli di complessità e alle funzioni assistenziali.

Nel corso del triennio, anche alla luce del nuovo Patto per la salute di cui alla Legge 133/07 art. 79, in relazione allo stato d'avanzamento dei rinnovi dei protocolli d'intesa con le università e alla più attuale prospettiva di realizzazione di nuove strutture o ampliamento di quelle esistenti, sarà necessario procedere ad adattamenti del Piano, in particolare ai fini della concentrazione dei presidi in quelli di nuova edificazione.

Altro intervento essenziale deve consistere nell'organizzazione più razionale delle strutture ospedaliere.

I modelli organizzativi e i vincoli saranno definiti negli atti aziendali secondo le direttive indicate nel successivo paragrafo 4.b2.2 e nell'allegato 2 .

Per la realizzazione di quanto sopra vengono individuate le seguenti tipologie di ospedali, fatto salvo quanto previsto dalla D.G.R. 424/06:

**OSPEDALI DI PRIMO LIVELLO (DI BASE) SEDE DI PRONTO SOCCORSO DOTATI DELLE DISCIPLINE DI BASE SECONDO LA SEGUENTE CONFIGURAZIONE:**

*A) Senza posti letto*

- Direzione medica di presidio
- Direzione amministrativa di presidio
- Anestesia e Rianimazione
- Medicina e Chirurgia d'accettazione e di urgenza con letti tecnici di osservazione breve, obbligatori laddove non istituita l'osservazione breve intensiva
- Patologia clinica
- Radiodiagnostica
- Farmacia ospedaliera
- Cardiologia

*B) Con posti letto*

- Medicina generale
- Chirurgia generale
- Ortopedia e traumatologia
- Ginecologia e ostetricia

**DEA DI I LIVELLO**

Devono essere presenti le specialità di base con e senza posti letto precedentemente elencate e in relazione alla domanda e ai bacini di utenza, alcune unità operative complesse con posti letto delle seguenti discipline intermedie per acuti:

*A) Discipline – senza posti letto:*

Oltre alle specialità di base:

- Anatomia patologica
- Medicina trasfusionale

*B) Discipline con posti letto, secondo fabbisogno, una o più delle seguenti oltre alle specialità di base e comunque, necessariamente, rianimazione, cardiologia con UTIC e pediatria:*

- Rianimazione
- Pediatria
- Psichiatria
- Nefrologia
- Malattie dell'apparato respiratorio
- Gastroenterologia
- Geriatria
- Neurologia
- Oftalmologia
- Otorinolaringoiatria
- Urologia
- Lungodegenza post-acuzie (L.D.P.A.), ove non esistente in altre strutture accreditate
- Oncologia
- Riabilitazione, ove non esistente in altre strutture accreditate
- Neonatologia
- Malattie infettive
- Ematologia

**DEA DI II LIVELLO**

Delle discipline di seguito elencate possono essere presenti più unità operative ma non necessariamente tutte. Per alcune discipline a larghissimo bacino di utenza si deve programmare un'unità operativa di riferimento per macroarea.

*A) Senza posti letto*

Oltre le specialità di base ed intermedie:

- Neuroradiologia
- Allergologia e Immunologia Clinica
- Malattie Metaboliche e Diabetologia
- Neurofisiopatologia
- Medicina Legale



- Microbiologia e virologia
- Radioterapia
- Fisica sanitaria
- Scienze dell'alimentazione e dietetica
- Angiologia
- Genetica medica
- Medicina nucleare
- Psicologia
- Medicina dello sport

*B) Con posti letto*

Oltre le specialità di base ed intermedie:

- Cardiochirurgia
- Chirurgia maxillofacciale
- Odontoiatria-odontostomatologia
- Chirurgia pediatrica
- Chirurgia plastica e Centro per grandi ustionati
- Chirurgia toracica
- Chirurgia vascolare
- Dermatologia
- Endocrinologia
- Neonatologia con UTIN
- Neurochirurgia
- Neuropsichiatria infantile
- Reumatologia

Per quanto non previsto si fa riferimento alla D.G.R. 424/06.

Nella determinazione dell'assetto organizzativo delle discipline, le valutazioni sono effettuate in considerazione dei seguenti criteri:

- 1) analisi comparata per disciplina dello standard dei posti letto;
- 2) eventuale valutazione di particolari prevalenze epidemiologiche;
- 3) dotazione di posti letto per 1.000 abitanti, da considerare standard per l'intera regione e per provincia o macroarea con i dovuti adeguamenti motivati anche dalle realtà esistenti e dalla presenza di Aziende ospedaliere, Policlinici ecc.;

- 4) potenziamento nelle discipline dove maggiore è il saldo di mobilità passiva extraregionale, laddove questa fosse legata a sottodotazione di posti letto della disciplina;
- 5) riequilibrio territoriale delle zone più svantaggiate;
- 6) benchmark con standard nazionali.

**RICONVERSIONI: OSPEDALI MONOSPECIALISTICI, DIURNI E PTP**

Gli stabilimenti ospedalieri, che in sede di applicazione del Piano hanno una dotazione di posti letto per acuti che non garantisce livelli di qualità ed efficienza, sono riconvertiti in più utili strutture sanitarie territoriali con unità di degenza gestite dai medici di medicina generale, ambulatorio polispecialistico, punto di primo intervento, postazione 118 e, sussistendone le condizioni, strutture monospecialistiche, attività di ricovero diurno nonché riabilitazione e lungodegenza.

Le suddette strutture se mancanti di posti letto per acuti sono comunque dotate di posti letto di degenza territoriale, poliambulatorio e punto di primo soccorso.

Nei punti di primo soccorso devono essere garantite almeno le seguenti attività:

- Visita medica
- Controllo parametri vitali
- Stabilizzazione funzioni vitali
- Prelievo di sangue venoso
- Prelievo di sangue arterioso
- Incannulamento di vena periferica
- Controllo glicemico
- Cateterismo vescicale
- Medicazione di ferita
- Emostasi di ferita sanguinante
- Sutura di ferita
- Medicazione di ustione
- Rimozione di corpo estraneo dai tessuti molli con incisione
- Incisione di ascesso
- Immobilizzazione di segmento osseo mediante bendaggio molle
- Immobilizzazione di segmento osseo mediante bendaggio elastico
- Immobilizzazione di segmento osseo mediante bendaggio con stecca Zimmer
- Tamponamento nasale anteriore

## IL DIPARTIMENTO E NUOVI MODELLI ASSISTENZIALI

### a) Il Dipartimento

L'organizzazione dipartimentale non sembra aver trovato un'omogenea e diffusa realizzazione da parte delle Aziende sanitarie.

L'organizzazione dipartimentale consente di perseguire i seguenti specifici obiettivi:

- migliore coordinamento del complesso delle attività di assistenza, ricerca e formazione;
- qualità dell'assistenza e crescita dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni attraverso la convergenza di competenze e di esperienze scientifiche tecniche ed assistenziali di gruppi e di singoli operatori sanitari;
- realizzazione di economie di scala e di gestione;
- diffusione delle conoscenze scientifiche e sviluppo delle competenze organizzative.

Il Dipartimento, in sostanza, è un'aggregazione di Unità operative omogenee, affini o complementari fra loro, collegabili sul piano operativo, le quali perseguono comuni finalità e sono tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità organizzativa, gestionale e professionale.

### b) Forme alternative di assistenza

Nella regione Lazio sono state avviate forme alternative di assistenza finalizzate a favorire il processo di deospedalizzazione aggiuntive o alternative a classici ricoveri diurni, capaci di semplificare l'accesso ai percorsi assistenziali, garantendone la continuità e la razionalità delle modalità erogative.

Conseguentemente possono individuarsi modelli organizzativi strutturali quali Day hospital, Day surgery, chirurgia ambulatoriale e modelli funzionali quali Day service, pacchetti di prestazioni ambulatoriali complesse (APA-PAC), Week hospital.

## STANDARD DI POSTI LETTO NELLE STRUTTURE PUBBLICHE

L'attivazione e/o il mantenimento delle strutture complesse deve rispondere a soglie operative predefinite in termini di posti letto, prestazioni e attività. Per quanto riguarda i posti letto sono individuate, di norma, le seguenti dotazioni quali soglie minime per il funzionamento delle stesse unità operative, fermo restando la possibilità di individuare posti letto indistinti nei dipartimenti organizzati su livelli di intensità di cura:

- 6 p.l. unità operative di terapia intensiva/rianimazione;
- 20 p.l. per le unità operative delle discipline di base, medicina interna, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, ginecologia e ostetricia, fatta eccezione per la pediatria in quanto caratterizzata da attività che possono essere gestite attraverso forme di assistenza alternative al ricovero: ambulatorio, day hospital ecc.;
- 14 p.l. unità operative psichiatria;
- 14 p.l. per le unità operative delle discipline a bacino di utenza intermedio fatta eccezione:
  - 1) per la oftalmologia, ORL, oncologia, reumatologia e la nefrologia in quanto caratterizzate da attività che possono essere gestite attraverso forme di assistenza alternative al ricovero, per la neonatologia in quanto i posti letto devono essere modulati in ragione della attività della U.O. di ostetricia e ginecologia;

- 2) 10 p.l. per le discipline a bacino di utenza regionale o di macroarea, fatta eccezione per la dermatologia e allergologia e immunologia per le quali il minimo di posti letto sarà individuato nel provvedimento di approvazione del nuovo piano ospedaliero;

– 12 p.l. per cardiologia – UTIC.

La presenza di UU.OO. della stessa disciplina nel medesimo ospedale dovrà essere giustificata dalla specializzazione e differenziazione della attività svolte nel rispetto del numero di posti letto definiti sopra.

Nei casi sopra descritti di posti letto indistinti nei dipartimenti organizzati su livelli di intensità di cura la valutazione delle soglie minime viene dedotta dalla statistica annuale delle attività riconducibile a ciascuna disciplina.

**TABELLA 1**

**Classificazione delle singole specialità per valenza/diffusione**

<b>Disciplina</b>	<b>Valenza Specialità</b>
<b>Area Medica</b>	
MEDICINA GENERALE	BASE
GERIATRIA	INTERMEDIA
CARDIOLOGIA – UTIC	INTERMEDIA
NEUROLOGIA	INTERMEDIA
PSCHIATRIA	INTERMEDIA
ONCOLOGIA	INTERMEDIA
PNEUMOLOGIA	INTERMEDIA
NEFROLOGIA	INTERMEDIA
EMATOLOGIA	RIFERIMENTO REG/MACROAREA
GASTROENTEROLOGIA	INTERMEDIA
DERMATOLOGIA	RIFERIMENTO REG/MACROAREA
ENDOCRINOLOGIA	RIFERIMENTO REG/MACROAREA
MALATTIE INFETTIVE	INTERMEDIA
REUMATOLOGIA	RIFERIMENTO REG/MACROAREA
ALLERGOLOGIA E IMMUNOLOGIA	RIFERIMENTO REG/MACROAREA
<b>Area Chirurgica</b>	
CHIRURGIA GENERALE	BASE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	BASE
CHIRURGIA VASCOLARE	RIFERIMENTO REG/MACROAREA
OTORINOLARINGOIATRIA	INTERMEDIA
OFTALMOLOGIA	INTERMEDIA
UROLOGIA	INTERMEDIA
CARDIOCHIRURGIA	RIFERIMENTO REG/MACROAREA
ODONTOIATRIA	RIFERIMENTO REG/MACROAREA
CHIRURGIA MAXILLOFACCIALE	RIFERIMENTO REG/MACROAREA
CHIRURGIA PLASTICA	RIFERIMENTO REG/MACROAREA
CHIRURGIA TORACICA	RIFERIMENTO REG/MACROAREA
NEUROCHIRURGIA	RIFERIMENTO REG/MACROAREA
<b>Terapie intensive</b>	
RIANIMAZIONE - TERAPIA INTENSIVA POST CHIRURGICA	INTERMEDIA
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	RIFERIMENTO REG/MACROAREA
GRANDI USTIONATI	RIFERIMENTO REG/MACROAREA
<b>Area Materno Infantile</b>	
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	BASE
PEDIATRIA	BASE
NEONATOLOGIA - UTIN	INTERMEDIA
CHIRURGIA PEDIATRICA	RIFERIMENTO REG/MACROAREA
NEUROPSCHIATRIA INFANTILE	RIFERIMENTO REG/MACROAREA

<b>Riabilitazione</b>	
MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA	BASE
UNITA' SPINALE	RIFERIMENTO REG/MACROAREA
<b>Lungodegenza</b>	
LUNGODEGENZA POST-ACUZIE	BASE

#### ASSETTI ORGANIZZATIVI

In ciascuna provincia va garantita almeno la presenza di un DEA di I livello. Ogni ospedale deve essere dotato almeno delle quattro discipline di base oltre a garantire l'assistenza neonatale, se presente il punto parto, fatta eccezione per gli ospedali monospecialistici e a ciclo diurno.

Le ASL procedono ad accorpamenti funzionali degli ospedali al fine dell'utilizzo razionale delle risorse.

I servizi di Radioterapia, Radiologia interventistica, Medicina nucleare per la radioterapia metabolica, Dialisi (per i posti rene), Nido (per le culle) devono intendersi dotati di posti letto tecnici non rientranti negli standard dei posti letto per acuti.

Il servizio di cardiologia è obbligatorio negli ospedali dove non sono previsti posti letto della relativa disciplina.

Le Unità per grandi ustionati afferiscono alle strutture di chirurgia plastica.

Le Unità di lungodegenza negli ospedali pubblici sono qualificate come strutture semplici polispecialistiche aggregate alle Unità di medicina interna.

Le Unità di terapia intensiva con posti letto (rianimazione) e i servizi di Anestesia e Rianimazione costituiscono un'unica struttura complessa.

Nelle Aziende ospedaliero-universitarie il dimensionamento definitivo è quello previsto nel protocollo d'intesa.

Tutte le strutture di Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'emergenza DEA di I livello sono dotate di posti letto di Osservazione breve intensiva.

Le consulenze specialistiche delle discipline assenti nel presidio devono essere assicurate dagli specialisti del Poliambulatorio del territorio di riferimento, qualora presenti o, in mancanza, dal PO più vicino.

Negli ospedali delle città sedi di strutture carcerarie devono essere previsti posti letto destinati al ricovero dei detenuti.

La disciplina di Allergologia e Immunologia clinica è unica.

L'UTIC e l'UTIN fanno capo all'unica Unità operativa cardiologica e neonatologica rispettivamente.

Nei presidi dove non è prevista l'Unità di neonatologia l'assistenza ai neonati sani e la gestione delle culle è assicurata dalle Unità operative di pediatria anche se previste come Unità semplici di Day hospital. Nei presidi in cui sono previsti posti letto di neonatologia inferiori a 10 se assente l'UTIN le relative strutture sono accorpate a quelle di pediatria.

All'interno delle UO complesse di Medicina interna e Chirurgia generale possono essere destinati posti letto ad attività specialistiche compatibili con le stesse discipline di base non presenti nel presidio, rientranti nell'attività propria della disciplina quali unità operative semplici, la cui responsabilità deve essere affidata a personale medico in possesso dei requisiti specifici.

Negli ospedali sede di DEA di I livello devono essere attivati posti letto per pazienti critici (area critica) a disposizione delle unità operative afferenti al dipartimento; i pazienti che occupano i posti letto indistinti sono a carico delle unità operative che hanno disposto il ricovero.

I servizi di endoscopia digestiva devono essere attivi nei soli ospedali per acuti.

Possono essere attivati in ambito regionale fino a tre servizi di Medicina del lavoro dotati di posti letto di Day hospital afferenti all'Unità operativa di medicina interna (In questo contesto è opportuno sviluppare linee guida e protocolli sanitari per la sorveglianza degli ex esposti a sostanze cancerogene, con particolare riferimento all'amianto).

È prevista l'attivazione di Unità di terapia intensiva/subintensiva respiratoria nell'ambito dei posti letto dell'Unità operativa di malattie dell'apparato respiratorio presente in ospedale in possesso dei requisiti specifici. Si prevede inoltre l'attivazione di stroke-unit nell'ambito dei posti letto dell'Unità operativa di neurologia presente in ospedale di riferimento in possesso dei requisiti specifici. Per quanto riguarda il modello organizzativo si fa riferimento a quello a rete previsto nell'allegato al presente Piano per l'assistenza all'ictus cerebrale acuto.

Deve essere presente un centro di procreazione medicalmente assistita da attivarsi nel rispetto dei requisiti e delle procedure previste in ogni provincia o aree interaziendali.

Il numero dei posti rene laddove è previsto il servizio dialisi è individuato in apposito piano dialisi regionale. La relativa attività rientra nel setting ambulatoriale e i posti non rientrano nello standard per acuti, comunque laddove presente l'UO di nefrologia e il servizio dialisi questi costituiscono un'unica unità operativa.

Negli ospedali in cui sono presenti unità mediche e chirurgiche a solo ciclo diurno, queste sono organizzate funzionalmente per area omogenea con unicità della direzione.

In relazione alla presenza delle discipline di Malattie dell'apparato respiratorio e Cardiologia vanno individuati specifici posti letto di riabilitazione incorporati da quelli di Medicina fisica e riabilitativa aggregati alle unità operative per acuti quali U.O.S.

Nelle Case di cura oggetto di riconversione in strutture monospecialistiche, laddove previsto nella specifica intesa, è consentita l'attività di DH e DS polispecialistico limitatamente alle discipline in precedenza dotate di posti letto soppressi e, comunque, nel limite dei posti letto riconosciuti.

Negli ospedali sede di Pronto soccorso qualora un'unità di disciplina di base debba essere necessariamente presente al fine del mantenimento della configurazione del presidio è possibile derogare motivatamente allo standard di dotazione minima di posti letto. In particolare nelle unità di ostetricia e ginecologia ove sono assicurati meno di 500 parti annui è soppresso il punto parto e viene assicurata solo attività chirurgica ginecologica. Relativamente ai presidi che assicurano almeno 400 parti il mantenimento è collegato al raggiungimento del limite di 500 nel triennio di vigenza del presente Piano.

#### **4.b2.2 Linee di indirizzo per la riproposizione e approvazione dei nuovi atti aziendali a seguito della sospensione dei precedenti ai sensi dell'art.1, comma 66, lett. a) della L.R. 14/2008**

A livello aziendale un intervento essenziale deve consistere prioritariamente nell'organizzazione più razionale delle strutture ospedaliere, con l'accorpamento di piccole unità operative sia all'interno dello stesso ospedale sia con concentrazione in un unico ospedale di più strutture. Inoltre è necessario disincentivare la frammentazione di posti letto e quindi di UO della medesima disciplina nello stesso ospedale con conseguente accorpamento e utilizzo più razionale del personale e conseguenziale riduzione dei fenomeni di relativa carenza. È da sottolineare come la proliferazione di strutture di piccole dimensioni dotate di pochi posti letto sia stata causa di dispersione di risorse, particolarmente quelle umane, che ha creato una rilevante parte delle diseconomie del Sistema sanitario regionale.

I Direttori generali, sulla base degli indirizzi per riformulare gli atti aziendali contenuti nel presente Piano e quelli che successivamente la Regione potrà emanare, dovranno procedere alla riorganizzazione interna, eliminando le duplicazioni e la proliferazione di unità non necessarie, sia complesse che semplici e, tra queste ultime, quelle a valenza dipartimentale, secondo le direttive riportate nell'Allegato 2.

#### **4.b2.3 La riqualificazione dell'offerta**

Per superare le disomogeneità territoriali e garantire un efficiente funzionamento della rete ospedaliera regionale, è stato inoltre posto come obiettivo il raggiungimento, nelle aree territoriali delle province, di una dotazione di posti letto per acuti sufficiente a garantire l'assistenza di minore e di media complessità. Essendo i posti letto ad alta complessità assistenziale e delle alte specialità concentrati necessariamente negli hub dell'area urbana di Roma, il numero di posti letto della Capitale risulta dunque costituito da una quota destinata alle cure di minore e media complessità dei suoi residenti e da una quota funzionale alle reti dell'alta specialità che opera per i residenti di tutto il Lazio e per la parte complessa della mobilità attiva.

Per tali motivi il riequilibrio dei posti letto non giunge ad un mero aritmetico riallineamento delle quote tra le varie ASL, ma considera quanto sopra esposto, peraltro già evidente nelle dinamiche domanda-offerta deducibili dallo studio dei flussi di mobilità intraregionale.

Tale riequilibrio è incentrato sulla riconversione di ospedali per acuti e case di cura di piccole dimensioni con bassi volumi di attività in poliambulatori, RSA, presidi territoriali di prossimità o hospice e sul ridimensionamento di reparti con bassa performance organizzativa attraverso la riconversione di posti letto sottoutilizzati o utilizzati impropriamente (soprattutto in alcune specialità chirurgiche, nella chirurgia generale e nella medicina generale). Nell'ambito di tale adeguamento, sono contestualmente perseguiti:

- la riorganizzazione della rete ospedaliera e la separazione dei percorsi tra emergenza-urgenza ed elezione;
- lo sviluppo di reti di alta specialità;
- il riequilibrio territoriale tra i posti letto di Roma e quelli delle province e un riequilibrio percentuale a favore degli erogatori pubblici rispetto a quelli privati.

A tal fine, la Regione Lazio ha programmato<sup>25</sup>, e in parte attuato, una serie di misure di razionalizzazione della rete ospedaliera, riducendo il numero di posti letto per acuti<sup>26</sup> da 22.275 (dato SIS 2005) a 19.428 (dato NSIS 1/1/ 2009) e ridefinendo le caratteristiche e le dislocazioni delle strutture pubbliche e private da riconvertire in stretto coordinamento con i percorsi di autorizzazione e di accreditamento, che si concluderanno con l'approvazione degli ulteriori requisiti.

La ridefinizione del fabbisogno di posti letto per specialità consentirà, attraverso opportune rimodulazioni, il raggiungimento del nuovo standard regionale prefissato (3,3 p.l. x 1.000 residenti) entro la fine del prossimo biennio.

Il Sistema sanitario regionale viene strategicamente indirizzato, dal presente Piano, verso una rete integrata di servizi sanitari, nella quale i singoli presidi ospedalieri dovranno sviluppare e favorire protocolli, procedure e linee guida condivise, attuare pienamente l'organizzazione dipartimentale, promuovere il governo clinico, strutturarsi in reti.

Saranno inoltre valutate sotto il profilo della congruità le attuali dotazioni tecnologiche e strutturali (risorse, edilizia), al fine di consentire un'adeguata integrazione con le altre componenti del sistema.

<sup>25</sup> Decreti 25 e 43 del 2008 e 5 del 2009.

<sup>26</sup> Con esclusione dei p.l. dell'IRCCS Bambino Gesù (a sede extraterritoriale).

#### **4.b3 LE RETI OSPEDALIERE REGIONALI DI ALTA SPECIALITÀ**

Lo sviluppo di reti ospedaliere viene programmato nel Lazio al fine di garantire un'erogazione di assistenza efficace, appropriata, tempestiva, efficiente e centrata sulla persona, di rendere più equo l'accesso ai servizi, prescindendo dalle diversità geografiche e socioeconomiche, e di assicurare una maggiore integrazione delle risorse disponibili a livello regionale. È ragionevole sostenere che un modello organizzativo basato su una rete di relazioni professionali coordinate e congiunte assicuri l'equilibrio tra bisogni di salute, sviluppo e costo delle tecnologie, elevati tassi di occupazione e sostenibilità economico-finanziaria.

Relativamente alla rete ospedaliera, il modello di riferimento è quello denominato "hub and spoke", caratterizzato dalla concentrazione dell'assistenza a elevata complessità e alta specialità in centri di riferimento (centri hub) supportati da una rete di centri satellite (spoke) cui compete l'assistenza ai casi meno gravi o complessi e la selezione dei pazienti e il loro invio a centri di riferimento quando una determinata soglia di gravità clinico-assistenziale viene superata e si richiedono competenze intense che non possono essere assicurate in modo diffuso, ma devono essere concentrate in centri regionali di alta specializzazione (o tecnologici), a cui vengono inviati gli ammalati dagli ospedali del territorio.

Il modello hub and spoke si caratterizza per la forte integrazione tra i diversi nodi della rete e trova la sua più conveniente applicazione in contesti caratterizzati da volumi di attività predeterminabili e di elevata complessità tecnologica. La rete è concepita in termini evolutivi: la struttura può essere trasformata in funzione dell'avanzamento tecnologico, dal mutare delle conoscenze e capacità professionali, dal modificarsi del quadro epidemiologico del bacino di utenza di riferimento. Le attribuzioni dei centri ospedalieri ai differenti livelli della rete sono quindi da intendersi dinamiche, e saranno sottoposte a rivalutazione periodica (ad esempio triennale) secondo criteri espliciti.

Diverse Regioni italiane adottano già modelli di rete hub and spoke: nella maggioranza dei casi le reti sono applicate per funzioni sanitarie di interesse regionale (cardiologia intensiva e cardiocirurgia, emergenza, grandi traumi, neuroscienze, trapianti, grandi ustioni, terapia intensiva neonatale e pediatrica); in altri casi la rete è estesa alla gestione delle malattie in continuità delle cure con il coinvolgimento della medicina territoriale.

Risulta dunque immediata l'importanza di identificare nel territorio regionale, attraverso un'opportuna e rigorosa classificazione, tali centri regionali di riferimento. Essi si devono contraddistinguere per numero e tipologia delle prestazioni erogate (casi trattati di cure intensive), non avendo come parametro di riferimento unicamente il numero dei posti letto, e per la presenza di:

- specialità di ricovero di "alte specialità" così come intese dal vigente Decreto ministeriale del 1992;
- apparecchiature all'avanguardia con tecnologie concentrate in piastre anche ad uso multiprofessionale e non più monospécialistico, possibilmente contigue tra loro per consentire anche un minore trasferimento del paziente per processi di diagnosi e trattamento sequenziale;
- attività di ricerca genetica, molecolare e proteomica che integri l'organizzazione dei laboratori avanzati con la pratica assistenziale;
- moderne tecniche terapeutiche (trattamenti endoscopici o radiocirurgici, metodiche endovascolari, tecniche mininvasive, laparoscopiche, robotiche, di chirurgia molecolare o endoscopiche, medicina rigenerativa in cute, cartilagine, osso);



- infrastrutture telematiche e servizi informatici avanzati, volti anche a implementare il telemonitoraggio a distanza con i MMG, le RSA, ADI, hospice ecc.;

Analizzando per singola struttura erogatrice i dati relativi ai ricoveri ordinari effettuati dalle strutture del Lazio nel periodo 2001-2006 e in particolare la quota di DRG riconducibile ai DRG di alta complessità definiti nell'ambito della Tariffa unica convenzionale (TUC) del 2006, che per individuarli ha considerato le discipline di alta specialità riportate nel D.M. del 1992 e ha tenuto anche conto di quanto già attribuito alla categoria "alta specialità" dalla TUC 2003-2005, emerge una concentrazione di tali ricoveri in un gruppo selezionato di strutture.

Tra quelle in cui la quota di ricoveri con DRG di alta specialità supera il 10% del totale della struttura, ma che hanno anche un dimensionamento consistente di posti letto e di attività, sono presenti : gli IFO, l'ICOT, il Policlinico di Tor Vergata, il S. Camillo-Forlanini, il Policlinico Casilino, il S. Andrea, il S. Eugenio, il Policlinico Gemelli , il Policlinico Umberto I, Il S. Filippo Neri. Emerge dunque, di fatto, una suddivisione già in essere tra un gruppo di ospedali, prevalentemente Aziende ospedaliere , Policlinici universitari ed IRCCS, con vocazione decisamente rivolta al trattamento di patologie complesse e il resto dell'offerta sul territorio che si identifica invece per un profilo più generalista. Tuttavia, la classificazione delle strutture nel loro insieme in una delle due categorie sopra descritte può risultare insufficiente per descrivere il livello di offerta per specifici profili di patologia. Infatti alcuni ospedali, che analizzando l'intera attività di ricovero non ricadrebbero tra le strutture di eccellenza, possono invece vantare una vocazione specifica e un consolidato *expertise* in specifici settori assistenziali, e d'altro canto strutture complesse potrebbero essere caratterizzate in alcuni settori da un'offerta sostanzialmente residuale, anche in virtù della peculiare dislocazione geografica e della contestuale presenza di offerta di alto livello in strutture limitrofe.

Nell'organizzazione dei servizi sanitari l'attenzione è infatti sempre più rivolta ad ambiti funzionali circoscritti rispetto a caratteristiche, ruolo e attività relativi a segmenti definiti di percorsi assistenziali, in una visione che tende a superare l'approccio "strutturale" riferibile a interi presidi. In quest'ottica si sviluppano i già citati modelli basati sul concetto di rete, attraverso la connessione sul territorio di funzioni complementari, articolate per livelli di complessità.

In tale ambito l'organizzazione della rete prevede anche l'individuazione di specifici centri di riferimento per patologie particolari o segmenti particolari dell'assistenza ad una patologia (i centri previsti dalla D.G.R. 339/05) che si inseriscono nelle reti assistenziali esistenti.

Si intende dunque sviluppare, nel periodo di durata del presente Piano, una rete regionale articolata in un sistema di ospedali basato sulla distribuzione delle attività, a loro volta stratificate per complessità e tipo di disciplina, che consenta di trattare efficacemente il paziente critico nei centri di elevata intensità di cure, evitandone contestualmente la congestione attraverso il turn-over dei pazienti, ottenibile con l'invio di quelli stabilizzati verso i centri a complessità inferiore. Si vuole infatti intervenire sul funzionamento, ancor più che sull'assetto e sulle risorse, per cercare di dar vita ad un "sistema" e a "reti" in grado di assumere in cura e prendere in carico il cittadino e i suoi problemi di salute e di farli assicurare a centralità effettive, basando il processo di rinnovamento sui bisogni reali di salute della popolazione.

Il modello previsto si basa sulla connessione tra una sede centrale di riferimento e più sedi periferiche che svolgono attività nella medesima disciplina, sviluppato per funzione, articolato per livelli di complessità.

In particolari ambiti assistenziali, sia di tipo medico specialistico che chirurgico di elezione, caratterizzati da un eccessivo accentramento di offerta nelle aree metropolitane a scapito delle periferie, saranno attivate reti incentrate sul modello organizzativo di équipe specialistiche itineranti.

Per maggiori dettagli sulla costruzione delle reti e per le indicazioni sulle reti da avviare prioritariamente si rimanda agli Allegati al presente Piano.

Con successivi atti verranno definite anche le reti, con la conseguente riorganizzazione delle relative strutture operative, che riguardano le attività di Chirurgia plastica, Chirurgia della mano e Chirurgia maxillo-facciale sulla base dei seguenti criteri:

- presenza esclusivamente in DEA di II livello;
- razionale distribuzione territoriale delle unità complesse;
- rapporto ottimale tra posti letto, sedute operatorie, n° di interventi e risorse umane e strumentali.

Ritenendo fondamentale l'articolazione delle reti per le specialità individuate nel presente Piano, le stesse dovranno essere rese operative e funzionanti entro il 31/12/2010, sulla base degli obiettivi previsti dal Patto per la Salute 2010-2012.

#### **4.b4 L'EMERGENZA**

##### **La situazione attuale**

Il Sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria si compone di una fase di allarme, costituita dalle Centrali operative del 118, e di due fasi di risposta, quella territoriale gestita dai mezzi di soccorso 118 e quella ospedaliera costituita dai PS e dai DEA di I e II livello.

Nella Regione Lazio le fasi di allarme e di risposta territoriale sono istituzionalmente rappresentate dall'Azienda sanitaria regionale del Sistema 118 (ARES 118) che articola la propria offerta in: 6 Centrali operative provinciali – COP (situate in ogni capoluogo di Provincia) e 1 Centrale operativa regionale (COR); 135 postazioni di soccorso dislocate su tutto il territorio regionale (39% medicalizzate); 179 ambulanze (BLS, ALS, automedica), 3 elicotteri, 2 punti mobili rianimazione.

Il trasporto in alto biocontenimento di pazienti affetti, o sospettati di essere affetti, da patologie altamente contagiose è assicurato dall'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani che è dotato di 2 ambulanze due ambulanze dedicate, dotate di doppia camera, cabina di guida isolata, pressione negativa e filtri HEPA in uscita; due Stretcher Transport Isolator (STI), ovvero unità di trasporto "a tenuta", con possibilità di collegamento con gli Air Transport Isolator (ATI), a disposizione dell'Aeronautica Militare, con la quale l'Istituto Spallanzani ha una specifica convenzione. Il trasporto di pazienti con patologie altamente contagiose accertate o sospette viene effettuato secondo le procedure definite dal Ministero dell'Interno.

Lo stesso Istituto ha definito con l'ARES 118 un percorso codificato per la gestione di pazienti infettivi ed ha realizzato un'area per la decontaminazione delle ambulanze dell'ARES 118 utilizzate per il trasporto di pazienti contagiosi, nonché per le procedure di vestizione del personale implicato nel trasporto.

La fase di risposta ospedaliera è costituita (dati al 31 dicembre 2008) da 60 PS/DEA, di cui 4 PS/DEA specialistici, (1 pediatrico, 1 oculistico, 1 odontoiatrico, 1 ortopedico), 35 PS generali, 20 DEA di I livello<sup>27</sup>, 5 DEA di II livello. L'85% delle strutture erogatrici sono pubbliche, l'8% sono equiparate al pubblico e il 7% sono case di cura accreditate.

La normativa regionale vigente (D.C.R. n. 1004 dell'11 maggio 1994 e D.G.R. n. 4238 dell'8 luglio 1997, D.G.R. n. 424/06 e D.G.R. 420/07) definisce le caratteristiche e il livello di complessità assistenziale dei servizi e delle strutture che compongono il sistema, e individua le funzioni e le relazioni tra le diverse componenti del sistema stesso.

L'attività dei PS/DEA della Regione viene monitorata attraverso la piattaforma regionale GIPSE (attiva nel 97% dei PS/DEA regionali) e i dati registrati confluiscono nel Sistema informativo dell'emergenza sanitaria (SIES), con copertura superiore al 99%. Nell'anno 2008 sono stati registrati 2.125.823 accessi nei PS di cui 1.970.505, pari al 92,7%, a residenti nella regione Lazio con un rapporto di 350 accessi per 1.000 abitanti. La distribuzione per sesso riporta il 49,3% di accessi riferibili a femmine e il 50,7% riferibili a maschi, mentre la distribuzione di accessi per età mostra una percentuale del 15,6% relativa alla fascia 0-14 anni; del 43,6% alla fascia 15-44; del 19,9% nella fascia 45-64 e del 20,9% nella fascia over 65 anni.

La distribuzione geografica disomogenea dei PS/DEA di Roma comporta che nelle aree del quadrante sud-est della capitale si concentri, in poche strutture erogatrici, un alto volume di accessi sia spontanei che con ambulanza ARES 118. Queste strutture registrano annualmente una media di accessi in PS dalle due alle tre volte superiori alla media regionale.

Oltre il 99% degli accessi viene classificato, in accordo alla procedura di triage, secondo quattro codici di urgenza: rosso (1,1%), giallo (15,7%), verde (72,9%), bianco (9,7%). Risulta evidente come una quota elevata di accessi (l'82,6%) sia attribuita a casi con urgenza differibile o addirittura non urgenti: i pazienti con i codici bianco o verde e patologie non traumatiche rappresentano complessivamente il 60% degli accessi.

I tempi di attesa per la prima visita da parte di un medico sono in genere al di sopra dei tempi di riferimento indicati in letteratura<sup>28</sup> soprattutto per i codici verdi e bianchi. Questo fenomeno può essere in parte dovuto alla quota di ricorso improprio ai servizi di emergenza da parte della popolazione.

L'83,6% degli accessi in PS avviene attraverso un trasporto autonomo, mentre solo il 12% circa fa ricorso ai servizi di emergenza dell'ARES 118. Il mezzo 118 è peraltro utilizzato nel 74,6% dei casi classificati con codice rosso e nel 32,1% dei casi con codice giallo.

La causa più frequente di ricorso al PS è rappresentata da "traumatismi e avvelenamenti" (30,3%), seguiti da "sintomi, segni e stati morbosi mal definiti" (18,7%), da "malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo" (6,7%), da "malattie del sistema nervoso e organi di senso" (6,5%), "malattie dell'apparato respiratorio" (5,6%) e "malattie del sistema circolatorio" (5%).

Il 69% dei pazienti viene dimesso a domicilio; per circa il 17,6% viene richiesto il ricovero in reparto di degenza o il trasferimento (di cui l'1,7% in altro istituto), mentre circa il 7% si allontana dal PS prima di ricevere la prestazione medica; si sottolinea che il 43% dei trasferimenti in altro ospedale avvengono verso strutture prive di PS.

Relativamente ai 374.824 accessi (17,6%) esitati in ricovero, il 7,4% riguarda la fascia di età 0-14 anni; il 31,4% quella 15-44 anni; il 16,8% quella 45-64 anni e il 44,4% la fascia over 65 anni. Le patologie rappresentate con maggiore

<sup>27</sup> Considerando che Sant'Eugenio e C.T.O. della ASL RMC costituivano insieme nel 2008 un DEA di I livello (D.G.R. 420/07).

<sup>28</sup> CTAS: Canadian Triage and Acuity Scale (SRPC-ER Working Group. Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale implementation guidelines. *Can J Emerg Med* 1999; 1: S1-S24).

frequenza sono “sintomi, segni e stati morbosi mal definiti” ( 22,2%), “malattie del sistema circolatorio” (15,1%), “complicanze della gravidanza, parto e puerperio” (14,6%), “traumatismi e avvelenamenti” (12,1%), “malattie dell’apparato digerente” (7,8%) “malattie dell’apparato urinario” (3,5%) e “disturbi psichici” (3%).

### **Problemi**

Il Sistema di emergenza-urgenza del Lazio, pur garantendo la copertura e la continuità del servizio sull’intero territorio regionale, presenta alcune criticità:

- disomogenea collocazione geografica dei PS nella regione e delle relative risorse;
- accesso inappropriato ai PS da parte di assistiti con condizioni che non richiedono un trattamento terapeutico urgente, contribuendo a determinare il sovraffollamento delle strutture di PS e il conseguente prolungamento dei tempi di attesa;
- insufficiente ricorso al sistema 118 da parte di pazienti affetti da patologie critiche (infarto miocardico, ictus, scompenso cardiaco, insufficienza respiratoria ecc.), attribuibile almeno in parte al mancato riconoscimento della condizione di gravità da parte del cittadino, con conseguente difficoltà di indirizzare immediatamente l’assistito verso i centri specializzati;
- insufficiente regolamentazione dei servizi di trasporto dei soccorritori privati;
- insufficiente integrazione tra ARES 118, medici di continuità assistenziale e PS;
- incompleta implementazione del modello organizzativo definito dalla D.G.R. 420/07;
- insufficiente condivisione tra tutti gli attori coinvolti dei protocolli organizzativi intra-area per il trasferimento del paziente critico in continuità di soccorso (D.G.R. n. 1729 del 20 dicembre 2002) e relativi alle raccomandazioni previste dai percorsi clinico-assistenziali per la gestione del paziente critico in emergenza, formalizzati dalla D.G.R. 420/07;
- elevato turn-over del personale di PS con conseguente necessità di formazione continua;
- insufficiente disponibilità sul territorio di servizi di primo intervento.

### **Risposte**

Le problematiche sopra riportate pongono le basi per individuare soluzioni puntuali e mirate alla riqualificazione dell’attuale Sistema di emergenza-urgenza del Lazio:

- completamento del processo, già avviato dalla D.G.R. 169/08, di riorganizzazione della rete dell’emergenza-urgenza e delle reti di specialità definite dalla D.G.R. 420/07 e da perfezionare con successivi atti;
- ridefinizione dell’assetto della rete dell’emergenza e delle reti di specialità, così come riportato nei documenti allegati, per adeguare l’organizzazione al nuovo assetto dei servizi sanitari determinato dai Decreti Commissariali e da realizzarsi entro la fine del periodo di vigenza del presente Piano sanitario regionale;
- verifica dell’adeguatezza della pianta organica del personale sanitario dei PS localizzati nelle aree a più elevata densità di popolazione;
- sviluppo di modelli organizzativi che coinvolgano i medici di medicina generale, i medici di continuità assistenziale e degli ambulatori specialistici per intercettare la domanda potenzialmente inappropriata di prestazioni di PS;

- sviluppo di modelli organizzativi per l'integrazione delle attività dei medici di continuità assistenziale con ARES 118, PS e DEA;
- attivazione di campagne di informazione rivolte alla popolazione per favorire il riconoscimento dei sintomi tipici di patologie critiche e il corretto ricorso ai servizi dell'ARES 118;
- adozione, a livello aziendale, dei protocolli organizzativi per il trasferimento del paziente critico in continuità di soccorso (D.G.R. n. 1729 del 20 dicembre 2002) e dei percorsi in emergenza per la gestione del paziente critico dal territorio all'ospedale più sopra citati;
- attivazione di un percorso formativo permanente obbligatorio per il personale operante nel sistema di emergenza-urgenza di tutte le strutture della regione, a partire da quanto proposto nel piano di formazione già predisposto da Laziosanità-ASP e dalle società medico-scientifiche (AAROI, ANMCO, GsMCV, IPASVI, IRC, SIAARTI, SICUT, SIMEU, SIS 118);
- applicazione di criteri di remunerazione adeguati ai diversi livelli di complessità organizzativa strutturale, delle qualificazioni professionali e della disponibilità di tecnologie complesse, in grado di assicurare sia le funzioni di alta specializzazione sia la giusta valorizzazione economica dei costi diretti (onnicomprensivi del servizio, della radiologia e del laboratorio) e indiretti (amministrativi e generali) del sistema di emergenza e pronto soccorso, tuttavia in linea con le strategie regionali di equilibrio economico, di tutela della salute e di incentivazione dell'appropriatezza;
- aggiornamento dei Percorsi clinico-assistenziali in emergenza ex D.G.R. 420/07 per il trasporto PreOspedaliero (PCAE – PO) e per il trasferimento interospedaliero (PCAE – CS), con particolare riguardo all'integrazione ARES 118-DEA;
- completamento dell'implementazione dei protocolli intra-area, anche tramite azioni che ne favoriscano la reale condivisione tra tutti gli attori coinvolti;
- progettazione e implementazione di nuovi specifici percorsi in emergenza e delle relative reti regionali di specialità;
- estensione della copertura del sistema di monitoraggio dello stato di affollamento dei PS/DEA della Regione Lazio e completamento del collegamento telematico permanente tra Laziosanità e le CO ARES 118 delle province del Lazio;
- riorganizzazione dell'integrazione al sistema di trasporto dei soccorritori privati.

#### **4.b5 L'ASSISTENZA INTENSIVA**

##### **Quadro di riferimento**

L'aumento della speranza di vita e l'evoluzione delle conoscenze e delle tecnologie sanitarie hanno un impatto marcato sull'assistenza nei reparti di Rianimazione e di Terapia intensiva. Si rianimano pazienti sempre più anziani e gravi, sempre meno pazienti muoiono in fase acuta, e sempre più pazienti con bisogno di trattamento sub-intensivo o rianimatorio cronico sono assistiti – non appropriatamente – nei reparti di Rianimazione.

La dotazione dei letti sub-intensivi continua ad essere diffusamente inadeguata e non soddisfa il rapporto raccomandato di 1:2 tra posti letto intensivi e sub-intensivi. Il deflusso inadeguato dei malati sub-acuti dai reparti di Rianimazione

compromette la capacità di accoglienza dei pazienti acuti, che alimenta a sua volta la richiesta inappropriata di ulteriori posti di Rianimazione.

Il problema principale resta tuttavia quello che riguarda i pazienti in rianimazione “cronica”, per i quali, esaurita la fase di acuzie, si prolunga molto a lungo la dipendenza, oltre che dalle cure intensive, anche dalla protesi respiratoria. Tale questione è particolarmente rilevante quando si tratti di Terapie intensive altamente specialistiche quali le TI cardiocirurgiche e neurochirurgiche. Si tratta di un’ampia casistica composta da pazienti spesso affetti da esiti neurologici gravemente invalidanti, tra i quali si menzionano per drammaticità i giovani pazienti tetraparetici o tetraplegici. Questa casistica assorbe una quota rilevante delle giornate di degenza nei reparti di Rianimazione degli ospedali provvisti di DEA. Negli ospedali con DEA di II livello e comunque ove siano attivi reparti di cardiocirurgia e di neurochirurgia-neurotraumatologia deve essere prevista un’organizzazione della terapia intensiva distinta in trattamento intensivo post-chirurgico (specifico e separato da altra terapia intensiva) e un trattamento sub-intensivo, al quale deve seguire la possibilità di trattamento di rianimazione cronica in strutture idonee di riabilitazione.

I pazienti rianimatori cronici potrebbero difatti essere trasferiti presso i reparti di Rianimazione degli ospedali privi di DEA, dal cui bacino di utenza provengono, con un beneficio anche in termini di prossimità; tuttavia tale evenienza non si realizza in pratica per la difficoltà di trovare disponibilità di posti letto, troppo spesso occupati da pazienti post-chirurgici caratterizzati da complessità assistenziale relativamente poco elevata.

Un’altra area critica è rappresentata dall’insufficienza di posti letto di riabilitazione prolungata, dedicata ad assistere pazienti spesso in stato vegetativo, ustionati, mielolesi, tracheostomizzati, comunque stabilmente non più dipendenti dalla ventilazione meccanica. Le strutture tendono necessariamente a selezionare i pazienti più giovani, soprattutto con patologie traumatologiche, a scapito dei più anziani. Si tratta di pazienti che richiedono un’assistenza tanto efficace quanto amorevole. La denominazione “risvegli”, pur se a elevato richiamo mediologico, potrebbe comportare la proliferazione di centri non adeguatamente attrezzati.

Restano sullo sfondo i grandi problemi etici – comuni all’intero mondo occidentale – relativi all’“accanimento terapeutico” e all’interruzione dei trattamenti intensivi e rianimatori.

## **Risposte**

Anche per i reparti di Rianimazione e di Terapia intensiva è necessario attivare un processo di integrazione a rete su base regionale che assicuri efficacia, appropriatezza e un efficiente uso delle risorse disponibili. Le seguenti azioni propedeutiche sono raccomandate dal Piano al fine di impiegare appropriatamente le risorse rianimatorie:

- ricognizione aggiornata dell’effettivo case-mix e degli effettivi punteggi di gravità dei reparti di Rianimazione esistenti nel Lazio, attraverso ricerche svolte sugli archivi informatici delle dimissioni e indagini campionarie nelle realtà assistenziali;
- condivisione da parte di tutti i reparti di Rianimazione del Lazio di un efficace programma di accoglienza e di “ri-accoglienza” dei pazienti rianimatori cronici provenienti dalle Rianimazioni, soprattutto specialistiche, degli ospedali provvisti di DEA;
- ricognizione delle caratteristiche degli IRCCS di riabilitazione al fine di verificare che la selezione dei pazienti risponda ai criteri etici e accertare l’adeguatezza delle dotazioni mediche, di personale dei profili sanitari riconosciuti e delle tecnologie necessarie;

- istituzione, dove assenti, e potenziamento, dove insufficienti, dei reparti di Terapia sub-intensiva.

#### **4.b6 RIASSETTO ORGANIZZATIVO DELL'ATTIVITÀ ASSISTENZIALE**

##### **Quadro di riferimento**

L'assistenza ospedaliera attraversa attualmente una fase di profonda ambivalenza, caratterizzata da un lato dalla necessità di svolgere l'attività di ricovero per il trattamento di pazienti in fase acuta di malattia, avvalendosi anche di tecniche di alta specializzazione e ad elevato contenuto tecnologico, dall'altro dal bisogno di far fronte a condizioni assistenziali sempre più diversificate, e a differente grado di intensità di cura, per l'incremento del numero di pazienti affetti da patologie multiorgano cronico-degenerative. Ciò implica, infatti, la necessità di ottemperare contemporaneamente al dovere di assicurare percorsi assistenziali basati su rigidi protocolli e ad elevata specializzazione, e a quello di incrementare notevolmente la flessibilità e la capacità di adattarsi ai molteplici bisogni del singolo paziente.

A tal fine l'organizzazione dipartimentale, che è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende sanitarie ai sensi dell'art. 17 bis del D.Lgs. n. 229/99, si articola per aree funzionali omogenee per finalità e tipologia di intervento.

##### **Risposte**

Nell'ambito delle aree funzionali omogenee dipartimentali è auspicabile un'organizzazione per intensità di cure.

Un tale modello appare rispondere meglio non solo ai bisogni assistenziali di pazienti sempre più anziani e affetti da complesse polipatologie, ma anche alla necessaria integrazione multidisciplinare per processi che è alla base delle nuove teorie dell'organizzazione sanitaria e della stessa epistemologia della complessità. Al centro dell'organizzazione assistenziale è il paziente intorno al quale ruotano le diverse specialità secondo un approccio integrato e multidisciplinare. Ne deriva una gestione condivisa della cura che promette una potenziale maggiore appropriatezza dei servizi erogati e un minore rischio di iatrogenesi, oltre che un elevato livello di umanizzazione.

Questo modello organizzativo risulta particolarmente funzionale allo sviluppo e all'utilizzo dei percorsi clinici integrati. I percorsi favoriscono la traduzione locale delle linee guida nella pratica clinica e rappresentano uno strumento che favorisce la comunicazione con i pazienti, il superamento dell'asimmetria informativa e la valutazione di routine delle pratiche assistenziali in uso.

In questa prospettiva la definizione dell'intensità assistenziale deriva da un'analisi dei bisogni complessivi della persona, con riferimento sia alle variabili cliniche, tecnico-operative, logistiche, proprie dell'assistenza infermieristica, sia relativamente ad altre variabili di natura eco-bio-psicosociale. La valutazione combinata di questi fattori permette di definire la complessità assistenziale e di pianificare in modo personalizzato l'insieme degli interventi più adeguati. Gli ospedali dunque dovranno prevedere la realizzazione di aree di degenza differenziate in relazione all'intensità del bisogno assistenziale espresso dagli assistiti, sul modello di quanto già da tempo realizzato con le Unità di Rianimazione, le Unità coronariche, le Unità di terapia intensiva neonatale e , più recentemente, con le Stroke unit.

DAY HOSPITAL, DAY SERVICE, L'OSPEDALE SU 5 GIORNI, OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA

**DAY HOSPITAL**

Alla luce delle conoscenze e delle innovazioni tecnologiche della medicina attuale, il Day hospital (DH) rappresenta lo strumento assistenziale di riferimento nelle dinamiche di salute che richiedono prestazioni plurispecialistiche: in alternativa al ricovero ordinario, deve garantire percorsi assistenziali interdisciplinari integrati e di elevato profilo tecnologico, assicurando un'assistenza centrata sulla persona.

In particolare, il DH medico per acuti è una modalità assistenziale in regime di ricovero programmato, erogabile in cicli, volta ad affrontare uno specifico problema sanitario terapeutico e/o diagnostico che non comporta la necessità del ricovero ordinario ma che per la sua complessità non può essere risolto in regime ambulatoriale. Il DH medico è costituito da uno o più accessi, ciascuno dei quali si estende per un periodo superiore alle 3 ore, limitato usualmente ad una sola parte della giornata, senza ricoprire l'intero arco delle 24 ore. L'assistenza prestata durante il singolo accesso in DH medico si caratterizza per il coinvolgimento di diverse figure professionali, per la complessità delle prestazioni erogate o per la necessità di assistenza medico-infermieristica prolungata.

Il DH medico rappresenta, pertanto, la modalità assistenziale per affrontare problemi sanitari specifici che per la loro soluzione richiedono, in ogni singolo accesso, almeno una delle seguenti attività assistenziali: a) la valutazione integrata di più specialisti della situazione clinica di un paziente; b) l'erogazione di prestazioni specialistiche di notevole impegno professionale o durata; c) la somministrazione di terapie che necessitano sorveglianza e/o monitoraggio; d) l'esecuzione di procedure diagnostiche o terapeutiche soprattutto invasive per le quali è indicato un periodo di osservazione.

Si continuano peraltro a registrare nel Lazio elevati volumi di ricoveri in regime diurno (grafico 1), soprattutto relativamente ai DH diagnostico e terapeutico medico, evidenziando la confluenza, in tale modalità assistenziale, di prestazioni che potrebbero essere adeguatamente erogate in sede ambulatoriale o domiciliare; il dettaglio per specialità è riportato nella tabella 1. A partire dal 2006 si è registrato un deciso decremento del numero di DH, presumibilmente dovuto all'introduzione del Day service (APA e PAC). Al fine di contrastare tali livelli di inappropriatazza, entro il 30 giugno 2010 dovranno essere definiti linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici vincolanti per l'utilizzo del setting assistenziale.



Grafico 1

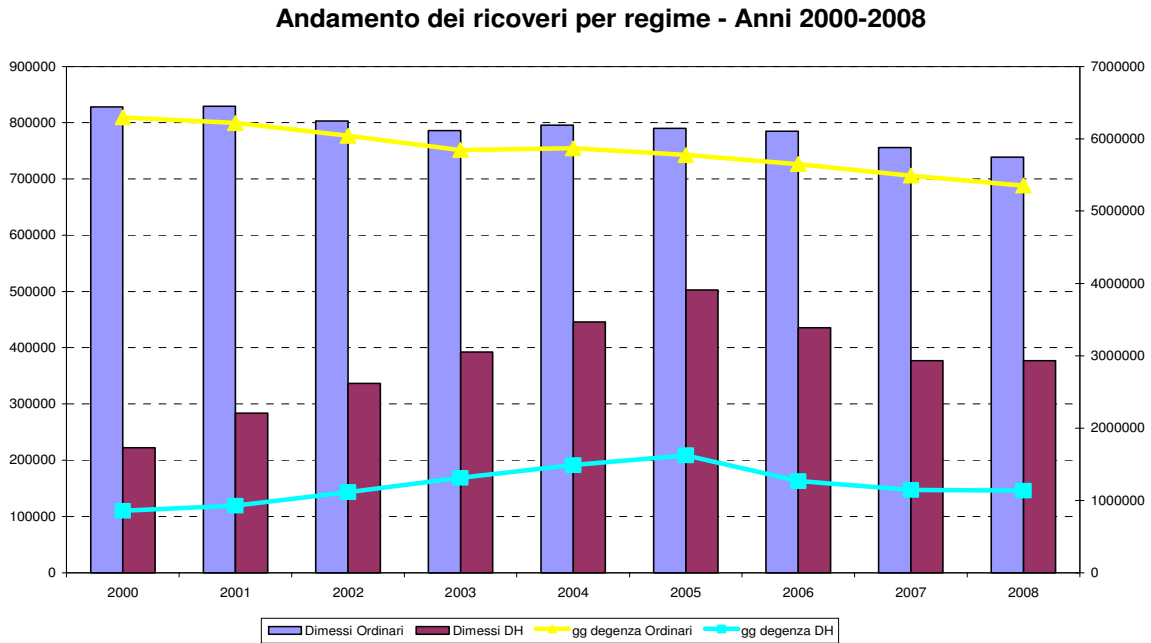


Tabella 1 – Ricoveri per acuti. Anno 2008

Specialità	N° ricoveri DH	N° Accessi Medi in DH	% DH chirurgici
01 ALLERGOLOGIA	1.594	4,6	0,0
02 ALTRE SPEC. IN REGIME DIURNO	5.516	4,9	13,1
05 ANGIOLOGIA	1.731	6,0	51,9
06 CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	978	1,0	0,0
08 CARDIOLOGIA	8.520	1,8	4,8
09 CHIRURGIA GENERALE	48.680	2,3	73,6
10 CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	767	2,7	77,6
11 CHIRURGIA PEDIATRICA	5.474	1,8	38,5
12 CHIRURGIA PLASTICA	10.728	2,4	40,9
14 CHIRURGIA VASCOLARE	2.172	4,2	75,7
15 MEDICINA SPORTIVA	2.874	1,0	1,0
18 EMATOLOGIA	13.258	3,7	5,7
19 ENDOCRINOLOGIA	14.869	2,2	1,3
20 IMMUNOLOGIA	180	7,7	0,0
21 GERIATRIA	3.114	9,9	0,2
24 MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	12.021	5,4	0,1
26 MEDICINA GENERALE	29.206	4,3	1,3
29 NEFROLOGIA	1.982	3,3	16,8
30 NEUROCHIRURGIA	794	1,8	50,3
32 NEUROLOGIA	7.597	2,5	1,1
33 NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	12.003	3,2	0,0
34 OCULISTICA	16.556	2,3	79,3
35 ODONTOSTOMATOLOGIA	3.857	3,0	41,2
36 ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA	27.765	2,7	67,4
37 OSTETRICIA E GINECOLOGIA	28.528	2,1	77,1
38 OTORINOLARINGOIATRIA	15.936	2,2	38,8
39 PEDIATRIA	21.960	1,4	0,9

40	PSICHIATRIA	3.205	8,8	0,1
43	UROLOGIA	10.743	3,1	28,4
48	NEFROLOGIA ABILITAZ.	3.677	1,0	0,0
52	DERMATOLOGIA	9.398	3,4	67,7
54	EMODIALISI	1.153	2,8	9,0
58	GASTROENTEROLOGIA	7.808	1,8	0,7
62	NEONATOLOGIA	1.694	1,0	0,0
64	ONCOLOGIA	24.895	7,0	1,1
66	ONCOEMATOLOGIA	2.526	6,3	0,3
68	PNEUMOLOGIA	5.744	2,9	0,0
70	RADIOTERAPIA	1.045	12,7	3,1
71	REUMATOLOGIA	2.228	5,5	0,0
78	UROLOGIA PEDIATRICA	4.244	1,4	18,4
99	CURE PALLIATIVE	1.368	2,3	8,8

Parallelamente l'analisi sui ricoveri in Day surgery evidenzia un'ampia variabilità intraregionale, rimanendo in alcune aree pressoché marginale nonostante gli indirizzi normativi nazionali (Accordo Stato-Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano. Atto 1518 del 25 settembre 2002) e regionali (D.G.R. n. 423 del 25 marzo 2005, Direttiva ASP n. 5 del 23 settembre 2005). Gli interventi di potenziamento della chirurgia di giorno si devono basare sulla strategia del pieno coinvolgimento dei dirigenti medici di chirurgia e delle specialità chirurgiche, per stabilire livelli ottimali di integrazione tra determinanti clinici (condizioni del paziente, caratteristiche della patologia, tecniche chirurgiche, anestesologiche, analgesiche) e standard strutturali e organizzativi. Le principali specialità ove estendere la Day surgery sono costituite da chirurgia generale, oculistica, otorinolaringoiatria, ginecologia, urologia e ortopedia, nella consapevolezza che la Day surgery costituisce un'area di attività ove si fondono gli obiettivi strategici del SSR: qualità, efficacia clinica, razionalizzazione dei costi dell'assistenza ospedaliera, soddisfazione e sicurezza dei cittadini. Per favorire l'uso appropriato di questa modalità di assistenza sono stati introdotti gli Accorpamenti di prestazioni ambulatoriali (APA) che prevedono l'effettuazione in regime ambulatoriale di interventi di piccola chirurgia, precedentemente eseguiti in prevalenza in regime di ricovero (tabella 2). Successivamente all'introduzione di questa modalità assistenziale si è osservata tra il 2006 e il 2007 una drastica riduzione di casi chirurgici (-17% in DH e -4% in ordinario).

**Tabella 2 – Accorpamenti di prestazioni ambulatoriali. Anno 2008**

<b>Codice</b>	<b>Descrizione</b>	<b>N° di APA erogati</b>	<b>N° di ricoveri ospedalieri trattabili in regime ambulatoriale</b>
04.43	Liberazione del tunnel carpale	5.486	1.573
13.41	Rimozione cataratta e inserzione cristallino	40.495	5.172
38.59.1	Ministripping delle vene dell'arto inferiore	552	4.439
49.46	Intervento sulle emorroidi	98	1.247
64.0	Circoncisione terapeutica	506	2.329
69.09	Dilatazione e raschiamento dell'utero	195	1.636
86.3.6	Intervento sulla cute per patologie benigne	10.561	8.154
86.4.7	Intervento sulla cute per patologie neoplastiche	7.206	9.596
<b>Totale</b>	<b>APA</b>	<b>65.099</b>	<b>34.146</b>
14.36	Fotodinamica per degenerazione maculare retinica	694	NP

L'ospedalizzazione diurna costituisce il modello assistenziale di riferimento nei processi di deospedalizzazione, di riduzione dei ricoveri ordinari inappropriati e di maggiore umanizzazione dell'assistenza. Il conseguente risparmio di risorse deve consentire di erogare assistenza migliore ai pazienti affetti da patologie più impegnative, qualificando l'ospedale come centro per la cura delle patologie acute più complesse e di alta specializzazione. Parallelamente sono da promuovere misure atte a presidiare l'appropriatezza dell'erogazione delle cure ospedaliere in Day hospital e in Day surgery, in linea con gli adempimenti delle Regioni di garantire una diminuzione dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per ricoveri in regime diurno entro 180 per 1.000 abitanti residenti, di cui quelli in regime diurno di norma pari al 20%.

#### **DAY SERVICE**

Con l'istituzione e l'introduzione del Day service nell'assistenza sanitaria regionale (D.G.R. n. 731 del 4 agosto 2005), in continuità con le linee di sviluppo stabilite con la normativa regionale successiva (D.G.R. n. 143 del 22 marzo 2006 e D.G.R. n. 922 del 21 dicembre 2006), il Piano di Rientro (approvato con D.G.R. n. 149 del 6 marzo 2007) ha individuato, nel trasferimento in regime ambulatoriale di attività ospedaliera erogata in regime Ordinario o di Day Hospital (Obiettivo Operativo 1.2.3), uno dei punti essenziali nel progetto di strategia del cambiamento orientato al potenziamento dei servizi territoriali e delle forme di assistenza alternative al ricovero, alla riqualificazione dell'assistenza ospedaliera e allo spostamento di risorse dal comparto ospedaliero verso i servizi territoriali. Anche le disposizioni contenute nella Legge regionale n. 14 del 11 agosto 2008 indicano che l'attivazione di tipologie assistenziali alternative al ricovero costituirà intervento prioritario nella riorganizzazione della rete ospedaliera regionale e del riequilibrio dell'offerta a favore delle strutture territoriali.

L'obiettivo è quello di una sostanziale riduzione del tasso di ospedalizzazione senza che venga meno la capacità da parte del SSR di soddisfare efficacemente la domanda di prestazioni sanitarie. Gli ambiti di attività del DH medico rappresentano un'area dove sono possibili importanti interventi di razionalizzazione. Le strutture ospedaliere e le strutture territoriali dovranno orientarsi a potenziare e qualificare l'assistenza ambulatoriale, dispiegando adeguate risorse nell'erogazione di assistenza specialistica secondo la modalità del Day service, nel quale dovrà confluire parte consistente dell'assistenza attualmente erogata in regime di ricovero.

Il Day service si configura, quindi, come "modalità assistenziale rivolta al trattamento, in alternativa al ricovero ordinario e in Day hospital, di pazienti che presentano problemi sanitari complessi e di norma non necessitano di sorveglianza medico-infermieristica prolungata". Rispetto all'ambulatorio tradizionale, il Day service prevede la "presa in carico" del paziente, da parte di un medico referente, che consiste nella pianificazione e nel coordinamento dell'intero processo assistenziale, nella gestione della documentazione clinica e nella stesura della relazione clinica riassuntiva finale. Nel Day service vengono erogati i Pacchetti ambulatoriali complessi (PAC). Il PAC è un insieme di prestazioni multidisciplinari e integrate per la gestione dello stesso problema sanitario complesso, diagnostico e/o terapeutico, che viene erogato in un arco temporale ristretto e si conclude con la stesura della relazione clinica riassuntiva finale. Le prestazioni di un PAC sono comprese tra quelle riportate nel nomenclatore tariffario regionale della specialistica ambulatoriale e devono essere predefinite specificamente per ogni PAC.

È necessario ribadire che lo sviluppo del Day service rappresenta un obiettivo prioritario del SSR al fine di perseguire sia l'erogazione in un regime appropriato di assistenza che attualmente viene svolta impropriamente in Day hospital, sia la

diffusione di percorsi clinici per i quali esiste evidenza di efficacia. Inoltre il Day service, grazie a percorsi assistenziali stabiliti sulla base della buona pratica clinica, e grazie alla gestione diretta delle prenotazioni da parte della struttura erogatrice, intende garantire al paziente un'assistenza sanitaria di qualità e una maggiore facilità di accesso alle cure per l'erogazione delle prestazioni in tempi brevi. Per tali peculiarità, il Day service si delinea come modello privilegiato nel garantire la flessibilità e l'efficacia degli interventi sanitari, la continuità nello specifico percorso assistenziale e la massima permanenza delle persone nel proprio ambiente di vita, grazie a percorsi personalizzati di assistenza gestiti da équipes multiprofessionali. Il ricorso ai PAC inizia nel corso del 2007 e vede il raddoppio dei casi nel giro di un anno (da circa 6.000 ai circa 11.000 del 2008, vedi tabella Parte III – cap. 3.m).

In collaborazione con clinici esperti e alcune società medico-scientifiche, è stato individuato il livello di erogazione più appropriato per diversi profili di diagnosi e cura. D.G.R. n. 143 del 22 marzo 2006 indicava, quali aree assistenziali prioritarie ove definire specifici percorsi nel corso del 2006, l'endocrinologia, la pneumologia e l'oncologia. Con la D.G.R. n. 922 del 21 dicembre 2006 sono stati introdotti i PAC per la gestione delle seguenti patologie: broncopneumopatia cronica ostruttiva con e senza insufficienza respiratoria cronica, asma bronchiale e diabete neodiagnosticato non complicato.

In continuità con le linee strategiche di sviluppo del Day Service, la D.G.R. n. 538 del 13 luglio 2007, ha introdotto i seguenti PAC (in seguito revisionati con la D.G.R. n. 114 del 29 febbraio 2008): sclerosi multipla, epilessia, deterioramento delle funzioni cognitive, disturbi dell'equilibrio, obesità, sindrome metabolica, cefalea ed altre sindromi dolorose neurologiche, diagnostico per cefalea in età pediatrica, disturbi dell'alimentazione, disturbi dello spettro autistico dell'età evolutiva, disturbi della regolazione dell'età evolutiva, disturbo post-traumatico da stress in età evolutiva, disturbi misti della condotta dell'età evolutiva, disturbi dell'emotività dell'età evolutiva, disturbi specifici neuropsicologici dell'età evolutiva, addensamento polmonare, rivalutazione e follow-up di neoplasia polmonare, stadiazione e rivalutazione di neoplasia mammaria, follow-up della cardiopatia ischemica, diagnosi e follow-up delle aritmie cardiache, monitoraggio dei pazienti in terapia antiretrovirale a viremia soppressa, paziente Hiv naïve. Infine sono stati elaborati dal Gruppo di lavoro regionale i seguenti ulteriori PAC per: patologie congenite e malformative dell'apparato gastro-intestinale e genito-urinario; selezione del donatore di cellule staminali ematopoietiche; sindrome linfoproliferativa; adenolinfomegalia superficiale; disturbi emorragici e trombocitopenie; accertamento di idoneità del paziente al trapianto di cellule staminali ematopoietiche; sospetto di sindromi mieloproliferative croniche; per trombofilia; deficit di GH e/o altre tropine ipofisarie; disturbi della pubertà; ritardata crescita; patologie neuro-oftalmologiche; flogosi uveali; patologie vascolari oculari; carcinoma del colon retto; sospetta lesione neoplastica mammaria; sindrome vertiginosa; ipoacusie; acufeni; nefropatie; nefrolitiasi o colica renale; insufficienza renale cronica; accertamento di idoneità al trapianto renale; studio del donatore vivente; osteoporosi. Pertanto, se attualmente i PAC si configurano come una modalità di cura erogabile principalmente dagli ambulatori ospedalieri, appare imprescindibile che, nel corso del triennio di vigenza del Piano, il setting di erogazione del Day service si sposti dall'ospedale al territorio ed al Distretto, promuovendo la riqualificazione dei poliambulatori dell'assistenza specialistica, e rappresentando una funzione importante dei Presidi territoriali di prossimità dotati di adeguata tecnologia diagnostica.

Questo processo consentirà al Day service di favorire il trasferimento di risorse assistenziali dall'ospedale al distretto, e permetterà la riqualificazione dei servizi territoriali, che rappresenta uno dei principali e primi obiettivi del presente Piano anche in linea con quanto previsto dall'art. 6, comma 5 del Patto per la salute 2010-2012.

#### **L'OSPEDALE SU CINQUE GIORNI (WEEK HOSPITAL)**

In linea con l'evoluzione delle tecnologie e dei modelli organizzativi, l'introduzione dell'ospedale su cinque giorni nella rete di offerta ospedaliera del Lazio si inserisce nell'ambito dell'indirizzo strategico-programmatico di riqualificare l'assistenza ospedaliera attraverso il trasferimento di attività inappropriate verso regimi che, a parità di efficacia, consentono una maggiore efficienza nell'uso delle risorse.

L'ospedale su cinque giorni intende assicurare un contributo decisivo alla garanzia dei livelli di assistenza attraverso l'erogazione di percorsi clinici appropriati e di qualità. Sia le valutazioni preliminari qualitative condotte sulle discipline mediche e chirurgiche, per le quali esiste già una consolidata prassi di attività elettiva a ciclo breve, sia gli indicatori di macroanalisi quantitativa consentono di individuare elevate quote di ricoveri trasferibili nell'ambito dell'attività ospedaliera regionale. Specificamente sono state individuate, con la D.G.R. n. 921 del 21 dicembre 2006, le discipline per le quali è ipotizzabile il ricorso a tale modalità organizzativa: oculistica, odontostomatologia, otorinolaringoiatria, urologia, dermatologia, gastroenterologia, endocrinologia e reumatologia. In relazione alle prospettive di sviluppo, l'ospedale su cinque giorni si fonda sui seguenti pilastri: accesso esclusivamente in elezione, gestione efficiente della preospedalizzazione, articolata programmazione delle ammissioni e della sala operatoria in stretta correlazione al decorso post-operatorio atteso, previsione di unità di appoggio nei casi di dimissione non possibile, garanzia della continuità assistenziale. Valutata l'opportunità di inserire tale modalità assistenziale come indipendente o inclusa nell'ambito dipartimentale, l'ospedale su cinque giorni garantirà il raggiungimento degli obiettivi seguenti: migliore appropriatezza delle degenze, maggiore efficacia delle risorse infermieristiche, ottimizzazione dell'attività chirurgica e razionalizzazione del blocco operatorio, umanizzazione dell'assistenza.

Tale modalità organizzativa sarà sperimentata dopo la stipula dell'Intesa Stato-Regioni prevista dall'art. 16, comma 2, del nuovo Patto per la Salute, finalizzata a definire indirizzi e linee di razionalizzazione della funzione ospedaliera.

#### **OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA**

L'Osservazione breve intensiva (OBI) si configura come innovativa modalità assistenziale nella gestione delle emergenze-urgenze, con la finalità di qualificare l'attività del PS e di garantire una maggiore appropriatezza dei ricoveri ospedalieri da PS mediante accurata valutazione dell'ammissione, contribuendo all'ottimale utilizzo delle risorse nel rispetto della sicurezza del paziente.

L'analisi dei dati di attività regionale evidenzia come poco meno della metà dei ricoveri nei reparti di Breve osservazione (BO) si risolva con ricoveri della durata di 0-1 giorno e con la dimissione del paziente a domicilio o il suo trasferimento ad altro ospedale.

Appare ragionevole ipotizzare che, in molti di questi casi, si traduca in ricovero ospedaliero un'attività che, in realtà, è di osservazione di pazienti a rischio di instabilità per i quali non è stata ancora definita la necessità di ricovero ospedaliero ma che non sono ritenuti subito dimissibili dal PS. Ciò sembra essere motivato dall'esigenza di "liberare" il PS e dall'assenza di modalità alternative al ricovero ospedaliero nei reparti di BO.

In alcune regioni italiane, tale problematica è stata risolta strategicamente introducendo un nuovo ambito assistenziale, riferito all'attività ambulatoriale o configurato come una modalità autonoma, denominato "osservazione continuativa di paziente instabile" oppure "osservazione breve intensiva".

In linea con tale indirizzo strategico, l'attivazione dell'OBI intende evitare ricoveri non necessari e inappropriati e prevenire dimissioni improprie dal PS a tutela della qualità e della sicurezza dell'assistenza e delle cure in PS.

Le esperienze realizzate già negli anni '60 negli Ospedali Riuniti di Roma ed in seguito in molti paesi occidentali, confermano come l'attività di OBI, che precede la decisione del ricovero o della dimissione, sia caratterizzata da alti livelli di efficacia nel prevenire ricoveri non necessari.

Nel Lazio la D.G.R. 946 del 23/11/2007 dispone l'introduzione della OBI e dà mandato alle ASL e a privati accreditati con servizio di emergenza, di produrre un piano d'implementazione e contestualizzazione dell'OBI e ne definisce la tariffa.

Su questa base sembra opportuna, anche nella regione Lazio, l'introduzione dell'OBI come modalità assistenziale diversa dal ricovero da effettuarsi presso i reparti di BO.

L'OBI può essere considerato un nuovo modello di gestione di problemi clinici acuti ad alto grado di criticità ma bassa gravità potenziale o a bassa criticità ma potenziale gravità, con necessità di un iter diagnostico e terapeutico, relativamente univoco e prevedibile, ma non differibile e gestibile ambulatorialmente, di norma non inferiore alle 6 ore e non superiore alle 24-72 ore al fine di valutare le reali necessità di ricovero o di dimissione sicura.

Pertanto, l'osservazione di durata inferiore alle 6 ore è da considerare una prestazione di PS che come tale viene registrata e remunerata nell'ambito del Sistema informativo dell'emergenza sanitaria.

Con l'introduzione dell'OBI è possibile ottenere una riduzione del tasso di ospedalizzazione, grazie alla diminuzione di ricoveri ordinari brevi evitabili.

L'indicazione del presente Piano è di attivare in tutti i DEA di secondo livello e nel 50% dei DEA di primo livello l'OBI entro il 2010, mentre si prevede di completare l'operazione nei DEA di primo livello entro il 2011. Inoltre per gli ospedali che non sono sede di DEA ma di Pronto soccorso va previsto un reparto di Osservazione breve (OB).

#### **4.c La rete ospedaliera di assistenza ostetrica e neonatale**

##### **Il quadro di riferimento**

In premessa va ricordato che nel 2006 la Regione Lazio presentava una mortalità perinatale del 5 per 1000 nati vivi, rispetto al valore medio nazionale di 4,6 per mille ed una mortalità infantile di 3,9 per 1000, rispetto a 3,4 per mille, che è la media nazionale.

Ogni anno nel Lazio nascono circa 55.000 neonati con un trend in aumento legato alla quota crescente di nascite da donne provenienti da paesi a forte pressione migratoria (attualmente rappresentano circa il 20%). Circa il 3% delle nascite necessita di assistenza intensiva per problemi legati all'estrema prematurità (1% di tutte le nascite) o per esito di patologie materne (ad esempio ritardo di crescita intra-uterino) o patologie complesse del feto (ad esempio malformazioni congenite). Un restante 7% richiede un'assistenza neonatale non intensiva, ad esempio per patologie

legate ad una prematurità non estrema (fra 31 e 36 settimane). È possibile stimare quindi che la percentuale di neonati sani sia circa il 90%.

Nel Lazio sono presenti 57 centri di assistenza ostetrica e neonatale: 33 di I livello, 13 di II livello e 11 di III livello. Ai centri di III livello vanno aggiunte due unità (una collocata presso l'Ospedale pediatrico Bambino Gesù e una presso la Clinica pediatrica dell'Università "La Sapienza") che non dispongono di reparto ostetrico. Venti maternità (35%) hanno effettuato meno di 500 parti l'anno con il 9,4% delle nascite totali; 12 maternità (21%) hanno effettuato più di 1.500 parti l'anno e in queste ha avuto luogo quasi la metà (52%) di tutte le nascite (anno 2007).

La gran parte delle nascite con peso molto basso (<1.500 grammi) avviene in strutture di III livello (unità in grado di assistere gravidanze ad alto rischio e neonati che necessitano di cure intensive). Va comunque rilevato che ben 4 unità su 11 hanno un volume di attività ostetrica (parti/anno) "intermedio" compreso fra 1.000 e 1.500.

La rete delle 57 Unità di Assistenza perinatale si avvale di un Servizio trasporto ed emergenza neonatale (STEN) funzionalmente inserito nell'Azienda regionale emergenza sanitaria (ARES 118). Questo Servizio ha un Centro di coordinamento presso la Clinica pediatrica del Policlinico Umberto I che raccoglie le richieste di trasferimento e organizza il trasporto disponendo di tre ambulanze attrezzate, due presso la medesima Clinica pediatrica con personale dedicato e una presso l'Ospedale Bambino Gesù con personale dell'Unità di Terapia intensiva neonatale (UTIN). Nel 2007, lo STEN ha effettuato 1.379 trasporti: 1.267 di sola andata, 91 di andata e ritorno (trasferimenti per approfondimenti diagnostici e piccoli interventi chirurgici) e 21 back-transport (neonati che avendo superato la fase critica ritornano presso l'ospedale di nascita). Il tasso di trasferimenti di sola andata risulta abbastanza stabile negli anni con un valore molto alto di circa il 2,2% per 100 nati vivi e un numero invece di back-transport molto basso (1,5% del totale dei trasporti). Va rilevato inoltre che una quota consistente di trasporti neonatali per motivo medico (37%) avvengono da Unità di III a Unità di III livello a dimostrazione di una carenza e di una non adeguata collocazione dei posti letto di terapia intensiva.

### **Problema**

Eccessiva frammentazione della rete assistenziale.

### **Risposta**

- Realizzare nel triennio una progressiva riduzione del numero di unità di assistenza con numero di parti inferiore a 500, volume di attività ritenuto non idoneo a garantire un'assistenza qualificata.
- Realizzare nel triennio una progressiva riduzione delle unità di solo I livello, prevedendo un modello di rete basato su due livelli assistenziali: "livello A", centri che garantiscono assistenza alla gravidanza, parto e neonato fisiologici e con patologia intermedia, e "livello B", centri che oltre alle competenze richieste per il livello A garantiscono assistenza ostetrica e neonatologica di elevata complessità e intensività.
- Realizzare nel triennio una progressiva riduzione del numero delle UTIN (attualmente sono 13) prevedendone l'accorpamento in moduli assistenziali con un minimo di 10 posti letto di terapia intensiva.

### **Problema**

Adeguamento della rete di assistenza alla gravidanza e neonato ad alto rischio.

### **Risposta**

- Mantenere e qualificare la rete degli ambulatori/reparti di patologia ostetrica. Nel Lazio la concentrazione delle gravidanze a rischio risulta adeguata rispetto agli standard (attualmente circa il 90% di queste gravidanze vengono assistite in centri di III livello). Va ulteriormente promossa l'attività di formazione degli operatori, soprattutto di quelli dei servizi territoriali (ad esempio consultori) per la precoce identificazione di quelle gravidanze con fattori di rischio o patologie che richiedono un riferimento presso un centro con competenze assistenziali superiori.
- L'offerta attuale di posti letto per l'assistenza intensiva risulta inadeguata. L'offerta complessiva va dimensionata rispettando il rapporto di 1,33 posti letto ogni 1.000 nati previsto dal Progetto Obiettivo Materno Infantile (D.M. del 24 aprile 2000). Applicando tale rapporto ai 55.000 nati del Lazio il fabbisogno di posti letto di Terapia intensiva neonatale è pari a 73 a cui vanno aggiunti 8 p.l. necessari per rispondere ad una domanda assistenziale di nati da gravidanze plurime, con patologie estremamente complesse e provenienti da altre regioni. Sulla base di un'indagine condotta dall'Agenzia di Sanità Pubblica nel 2003 si stima che il fabbisogno di posti letto di sub-intensiva deve essere pari a quello dei p.l. di intensiva. Pertanto nella regione, rispetto ai 54 p.l. di TIN attualmente accreditati, vanno attivati 27 posti di terapia intensiva mentre risulta adeguata l'offerta di posti letto di sub-intensiva.

### **Problema**

Eccessivo ricorso al trasporto neonatale di sola andata e scarso utilizzo del "back-transport".

### **Risposta**

- Supportare e/o realizzare un piano formativo rivolto alle unità di I e II livello sui protocolli per il trasferimento in utero e per la gestione delle urgenze in sala parto.
- Promuovere iniziative a favore del trasferimento sicuro e precoce del neonato dalla terapia intensiva verso l'ospedale di nascita per completare il percorso di ricovero. L'incremento di questa prassi garantirebbe un maggiore turn-over dei posti letto nei reparti intensivi e ridurrebbe, ove presente, il disagio dei genitori legato alla lontananza dell'ospedale dal proprio domicilio.

## **4.d Linee di programmazione per l'ammodernamento della rete ospedaliera e sanitaria**

Vengono di seguito indicate alcune aree di intervento per la ridefinizione dell'offerta ospedaliera con lo scopo di razionalizzarla, tenendo conto dei vincoli dei provvedimenti in materia.

Alla luce dei decreti del commissario di governo, che contengono la ridefinizione dell'intera rete, è opportuno indicare per aree territoriali i criteri di massima che dovranno poi trovare una loro coerenza esplicativa nel livello di riorganizzazione delle singole strutture.



La dotazione regionale di posti letto per acuti, registrata dal Sistema Informativo Sanitario Nazionale (NSIS) ha subito, durante la vigenza del Piano di Rientro (2007-2009), una riduzione complessiva di 3.272 unità (di cui 1.026 dovuta alla riclassificazione di 13 case di cura per l'assistenza psichiatrica, i cui posti letto erano stati erroneamente codificati come acuti) . Le Asl della Città di Roma hanno subito una riduzione di 2.819 ppil contro una riduzione nelle Province pari a 781.

Considerando i dati di popolazione cronologicamente corrispondenti al dato posti letto, si è osservata una riduzione dell'indice di posti letto per 1000 abitanti che da 4.34 si è attestato al 1/1/2009 a 3,45. L'indice di posti letto per la città di Roma si riduce da 6,0 ppil x 1000 abitanti a 4,7 (RME da 11,9 a 9,5) ; nelle Province da 2,7 a 2,3 .

I dati che seguono indicano gli interventi innovativi principali previsti nei territori delle varie ASL, i confronti dei tassi di partenza con quelli attuali si basano sui dati di popolazione cronologicamente corrispondenti al dato posti letto

Nella tabella seguente sono riportate le variazioni della popolazione e dei posti letto fra il 2005 e il 2009 per ASL

	RMA *	RMB	RMC	RMD	RME	RMF **	RMG	RMH	VT	RI	LT	FR
popolazione anno 2005	459.759	638.062	515.486	516.326	493.278	277.057	437.672	488.493	303.248	155.005	525.776	494.617
dati SIS 2005 (PL attivi)	3.508	1.633	2.045	2.750	5.885	328	771	1.653	795	421	1.858	1.386
<b>indice PL x 1000 residenti anno 2005</b>	<b>7,63</b>	<b>2,56</b>	<b>3,97</b>	<b>5,33</b>	<b>11,93</b>	<b>1,18</b>	<b>1,76</b>	<b>3,38</b>	<b>2,62</b>	<b>2,72</b>	<b>3,53</b>	<b>2,80</b>
popolazione 1/1/2009	482.369	690.712	537.747	560.600	519.429	307.987	476.586	534.605	315.523	159.018	545.217	496.917
posti letto NSIS 1/1/2009	2.732	1.354	1.824	2.145	4.947	261	709	1.468	847	436	1.533	1.177
<b>indice PL x 1000 residenti 1/1/2009</b>	<b>5,66</b>	<b>1,96</b>	<b>3,39</b>	<b>3,83</b>	<b>9,52</b>	<b>0,85</b>	<b>1,49</b>	<b>2,75</b>	<b>2,68</b>	<b>2,74</b>	<b>2,81</b>	<b>2,37</b>

\* esclusi i PPLL del IRC CS extraterritoriale Bambino Gesù  
 \*\* per l'anno 2005 il dato ppil della ASL Rm F è rappresentato dai ppil anagrafici-SIS

Si precisa che la popolazione totale per ASL si riferisce all'anno 2009, mentre la popolazione disaggregata per distretto è quella dell'ultima rilevazione disponibile del 2007 (quest'ultima è arrotondata al migliaio).

Gli interventi verranno realizzati in parte con finanziamento regionale, in parte con quota parte degli stanziamenti statali. Di seguito vengono riportati le aree di intervento prioritario nei singoli territori e gli investimenti in edilizia sanitaria e nelle dotazioni tecnologiche, con la specificazione delle linee di intervento delle varie fasi dell'Accordo di programma ex art. 20, Legge 67/1988, e degli ulteriori interventi a valere sugli altri fondi statali.

#### 4.d.1 Le aree di intervento prioritario nei singoli territori

##### RMA

L'ASL RMA presenta una popolazione residente pari a 482.369 abitanti, di cui 225.963 maschi e 256.406 femmine con un indice di vecchiaia molto elevato pari a 199. La ASL è articolata in 4 distretti: A1, corrispondente al I Municipio, con 118.000 abitanti; A2, corrispondente al II Municipio, con 118.000 abitanti; A3 corrispondente al III Municipio, con 52.000 abitanti; A4, corrispondente al IV Municipio, con 193.000 abitanti.

Nel territorio della RMA, in cui è presente un eccesso di offerta assistenziale per acuti, sono stati disposti dal 2007, in attuazione dell'obiettivo 1.2 del Piano di rientro, interventi di riconversione di intere strutture e di rimodulazione della dotazione di posti letto di altre, che consentono una riduzione di circa 500 posti letto e una conseguente riduzione dell'indice di posti letto per 1.000 abitanti da 7,6 (2005) a 5,6 (2009).

In quest'area sono previsti dunque solo interventi di miglioramento e riqualificazione, ma non di potenziamento dell'assistenza per acuti. Fra questi sono già inseriti nell'accordo di programma di terza fase 7 milioni di euro per la riconversione dell'Ospedale Nuovo Regina Margherita in RSA e PTP e per la riconversione del S. Giacomo in ospedale

del territorio a forte integrazione sociosanitaria. Inoltre è stato previsto nel Decreto 43/2008 del Commissario ad Acta un ulteriore PTP nel Distretto A4.

### *RMB*

L'ASL RMB presenta una popolazione residente pari a 690.712 abitanti, di cui 332.736 maschi e 357.976 femmine con un indice di vecchiaia più basso di quello regionale e pari a 129. La ASL è articolata in 4 distretti: B1, corrispondente al V Municipio, con 175.000 abitanti; B2, corrispondente al VII Municipio, con 117.000 abitanti; B3 corrispondente al VIII Municipio, con 208.000 abitanti; B4, corrispondente al X Municipio, con 175.000 abitanti.

Nel territorio della RMB, anche se si tratta di un'area con carenza storica di posti letto, l'indice dei posti letto è calato dal dal 2,5 per mille abitanti del 2005 al 2,0 del 2009. Ciò è avvenuto non tanto per la riduzione dei posti letto, quanto a causa del maggior aumento della popolazione residente. In quest'area, dunque, si rileva una carenza di posti letto con un netto squilibrio rispetto ad altre aree romane. In tale contesto le strutture pubbliche, private o classificate, hanno subito in questi anni un impatto superiore alle loro possibilità, in particolare presso il pronto soccorso. Tale situazione, in prospettiva, potrebbe aggravarsi anche per una prevista espansione demografica in alcune zone di questo territorio. In particolare, l'VIII Municipio (comprendente le zone di Torre Angela, Torre Spaccata, Torre Maura, Borghesiana, Giardinetti, Tor Bella Monaca, Tor Vergata, Ponte di Nona) è un'area a intensa urbanizzazione e ad elevato sviluppo edilizio e residenziale, ha il più alto numero di residenti nel Comune di Roma (208.323, dati ISTAT 2007) e una bassa densità abitativa. Tale area è inoltre caratterizzata da un alto dinamismo demografico con intenso movimento migratorio ed elevata natalità. Anche nel confinante territorio del X Municipio, in cui non sono presenti ospedali per acuti, è prevista un'ulteriore crescita dell'edilizia residenziale associata ad un recupero urbanistico delle aree cresciute in modo abusivo.

Alla luce delle considerazioni relative alla struttura demografico-territoriale dei Municipi X e VIII, al loro sviluppo residenziale e all'accessibilità viaria, l'intervento di ridefinizione della rete dell'offerta ospedaliera per acuti prevede il potenziamento funzionale del Policlinico di Tor Vergata, situato nell'VIII Municipio, in zona limitrofa al X Municipio, per cui svolge, tra l'altro, funzioni di ospedale di prossimità. Tale potenziamento si inserisce nel quadro di ampliamento strutturale già finanziato con i fondi ex art. 20 per la terza fase dell'accordo di programma con 20 milioni di euro.

Questo consentirà il completamento del DEA di II livello (riferimento per la zona Sud-Est – Area 7 della Regione, cui fanno capo i servizi di emergenza degli ospedali dell'area dei Castelli e del Policlinico Casilino) e lo sviluppo, ad esso integrato, delle alte specialità.

Appare altresì necessaria, per lo sviluppo di un piano qualificato dell'offerta per acuti sul territorio, l'integrazione delle attività del Policlinico Tor Vergata e del Policlinico Casilino (VIII Municipio) nella pianificazione di reti locali per singole aree e servizi di assistenza, al fine di garantire una copertura adeguata e comprensiva dei bisogni di assistenza ospedaliera di prossimità per la popolazione dei due Municipi.

È previsto nella terza fase un intervento di messa a norma dell'Ospedale Pertini per 5,7 milioni di euro (Certificato prevenzione incendi e condizionamento). Inoltre bisognerà prevedere la realizzazione di un adeguato ampliamento dell'ospedale Pertini a causa della sofferenza di tale nosocomio per l'alta densità abitativa della zona.

In località Tor Tre Teste è previsto inoltre dall'accordo di programma di terza fase il potenziamento dei locali destinati alle attività distrettuali per 5,6 milioni di euro.

Il Decreto 43/08 prevede anche due ulteriori PTP nei Distretti B2 e B4.

### *RMC*

L'ASL RMC presenta una popolazione residente pari a 537.747 abitanti di cui 250.746 maschi e 287.001 femmine con un indice di vecchiaia pari a 174. Essa è articolata in 4 distretti: C1, corrispondente al VI Municipio, con 120.000 abitanti; C2, corrispondente al IX Municipio, con 122.000 abitanti; C3 corrispondente al XI Municipio, con 132.000 abitanti; C4, corrispondente al XII Municipio, con 164.000 abitanti.

I posti letto in questa ASL fra il 2005 e il 2009 sono passati da 4,0 a 3,4 per 1.000 abitanti. Interventi innovativi in questo territorio riguardano la specializzazione ortotraumatologica di alta complessità con riconfigurazione dell'assistenza riabilitativa del CTO e il potenziamento del S. Eugenio. Venti milioni di euro sono già stanziati nell'accordo di programma di terza fase per tali interventi. Ciò s'inquadra nella prospettiva di attribuire al P.O. S. Eugenio, successivamente al processo di riorganizzazione della rete ospedaliera regionale, il ruolo di DEA di II livello, assetto rispondente alle sue reali potenzialità. Naturalmente questi interventi dovranno essere accompagnati da un collegamento funzionale fra i due ospedali attraverso specifici percorsi assistenziali per patologia, nonché l'attivazione di percorsi comuni nelle attività chirurgiche programmate.

Anche nella RMC è previsto l'allestimento di due PTP nei Distretti C11 e C12.

### *RMD*

L'ASL RMD presenta una popolazione residente pari a 560.600 abitanti, di cui 266.100 maschi e 294.500 femmine con un indice di vecchiaia pari a 137. Essa è articolata in 4 distretti: D1, corrispondente al Comune di Fiumicino, con 61.000 abitanti; D2, corrispondente al XIII Municipio, con 205.000 abitanti; D3 corrispondente al XV Municipio, con 146.000 abitanti; D4, corrispondente al XVI Municipio, con 137.000 abitanti.

Il territorio della RMD ha un numero di posti letto è passato da 5,3 a 3,8 per 1.000 abitanti.

In questa area occorre focalizzare l'attenzione sull'Ospedale G.B. Grassi di Ostia, anche in considerazione del suo ruolo durante i mesi estivi in relazione all'aumento della popolazione e ai Piani di emergenza urgenza sul litorale laziale.

L'Ospedale G.B. Grassi è ubicato nel XIII Municipio del Comune di Roma, territorio suddiviso in dieci aree urbanistiche (Malafede, Acilia Nord, Acilia Sud, Palocco, Ostia Antica, Ostia Nord, Ostia Sud, Castel Fusano, Infernetto, Castel Porziano) e rappresenta l'unica struttura ospedaliera per acuti del litorale di Roma. L'area costiera di Ostia include zone a elevata densità abitativa, a rapida crescita demografica e ad alta incidenza di popolazione disagiata. Nell'ultimo quinquennio la popolazione residente nel Municipio è aumentata di circa l'8%.

La valutazione del fabbisogno di posti letto ha dato come risultato un totale complessivo di 437 posti letto ordinari e 70 in day hospital a fronte di una dotazione attuale di 221 posti letto ordinari e 41 in day hospital. La situazione demografica e la disponibilità di servizi ospedalieri comportano un sovraccarico della capacità assistenziale dell'Ospedale G.B. Grassi, che è sede di un DEA di I livello. È stato programmato pertanto il potenziamento sia dell'attività di ricovero che di quelle ambulatoriali complesse, con interventi finalizzati ad aumentare la dotazione di posti letto, soprattutto nelle aree di medicina, chirurgia, ortopedia e ostetricia-ginecologia, e l'offerta di servizi ambulatoriali. È prevista nella terza fase la costruzione di locali prospicienti il Grassi per uno stanziamento di 5,8 milioni di euro: tali locali sono destinati ad ambulatori e uffici amministrativi ora presenti all'interno dell'ospedale, liberando così spazi che consentiranno una migliore organizzazione delle aree ospedaliere, anche per eventuali nuovi posti letto. Inoltre occorrerà prevedere

l'allocazione del C.P.O. nell'area dell'ospedale Grassi, al fine di assicurare contiguità e favorire la logistica dell'assistenza.

Sono programmati due PTP, uno nel Distretto D3 e l'altro a Maccarese.

#### *RME*

L'ASL RME presenta una popolazione residente pari a 519.429 abitanti, di cui 240.779 maschi e 278.650 femmine con un indice di vecchiaia pari a 158 ed è articolata in 4 distretti: E1, corrispondente al XVII Municipio, con 69.000 abitanti; E2, corrispondente al XVIII Municipio, con 131.000 abitanti; E3 corrispondente al XIX Municipio, con 175.000 abitanti; E4, corrispondente al XX Municipio, con 146.000 abitanti.

L'ASL RME è storicamente riconosciuta come l'Azienda sanitaria con il più alto indice di posti letto per acuti per abitante. Dal 2007, in attuazione dell'obiettivo 1.2 del Piano di rientro, sono stati disposti interventi di riconversione di intere strutture e di rimodulazione della dotazione di posti letto di altre, che consentono una riduzione di oltre 800 posti letto e una conseguente riduzione dell'indice di posti letto per 1.000 abitanti da 11,9 a 9,5.

Tale ridimensionamento dell'offerta ospedaliera ha, comunque, tenuto conto che nel territorio della RME insistono due Policlinici (Gemelli e S. Andrea) che svolgono funzioni assistenziale e formativa a tutti i residenti della Regione. Gli interventi innovativi previsti in terza fase riguardano lavori di adeguamento dell'Ospedale S. Spirito con la divisione delle parti di degenza dalle parti destinate all'attività ambulatoriale (2,4 milioni di euro) e l'allestimento di locali destinati ad attività territoriali lungo la via Boccea (5 milioni di euro). È previsto l'allestimento di un PTP nel Distretto 19.

#### *RMF*

L'ASL RMF presenta una popolazione residente pari a 307.987 abitanti, 150.612 maschi e 157.375 femmine con un indice di vecchiaia molto basso pari a 109. Essa è articolata in 4 distretti: F1, con 78.000 abitanti; F2, con 70.000 abitanti; F3, con 49.000 abitanti; F4, con 92.000 abitanti.

L'offerta dell'assistenza ospedaliera nel territorio della RMF è storicamente sottodimensionata attualmente 0.85 posti letto per 1.000 abitanti da 1,2 del 2005. Pertanto i residenti utilizzano anche le strutture delle ASL confinanti. Il limitrofo territorio della RME, presentando una struttura di servizi ospedalieri molto importante, è in grado di rispondere anche ad esigenze di cittadini residenti nella RMF, soprattutto per quello che riguarda gli interventi complessi e le alte specialità. Per quanto riguarda l'assistenza di tipo intermedio e la prossimità è prevista l'attivazione a Ladispoli e a Capena di due PTP. Per quest'ultimo è previsto un finanziamento con i fondi ex art. 20 per 4 milioni di euro in terza fase. Inoltre è previsto l'adeguamento strutturale dell'Ospedale di Civitavecchia con un finanziamento della terza fase dell'accordo di programma di 13,2 milioni.

## *RMG*

L'ASL RMG presenta una popolazione residente pari a 476.586 abitanti, 234.708 maschi e 241.878 femmine con un indice di vecchiaia pari a 112. Essa è articolata in 6 distretti: G1, con 82.000 abitanti; G2, con 111.000 abitanti; G3, con 77.000 abitanti; G4, con 34.000 abitanti; G5, con 72.000 abitanti; G6, con 72.000 abitanti.

L'indice di posti letto per acuti è passato da 1,76 a 1,49 per 1.000 residenti. Solo il 39% dei residenti della ASL RMG ricoverati nel 2007 in strutture per acuti è stato assistito presso strutture della propria ASL (tale dato è superiore solo a quello osservato per i residenti della ASL RMF). Circa il 19 % viene dimesso dai policlinici cittadini.

Il territorio della ASL RMG è molto vasto e ciascuno dei sei distretti è provvisto di un presidio ospedaliero. Nel Distretto G3 è ubicato l'ospedale di Tivoli, che rappresenta l'unica struttura di ricovero per acuti.

È necessario un processo di riqualificazione e adeguamento dell'Ospedale di Tivoli, che ha già avuto inizio e che consiste nell'avvenuta ristrutturazione dei reparti di Chirurgia e delle sale operatorie e del reparto di Nefrologia-Emodialisi. La ristrutturazione riguarda altri settori dell'ospedale, tra i quali il Pronto soccorso, il completamento dell'ala nord e la ristrutturazione della parte storica dell'Ospedale.

Il Distretto sanitario G1 comprende i comuni di Monterotondo, Mentana, Fontenuova e conta un bacino di circa 80.000 residenti. Il Distretto sanitario G2 comprende i comuni di Guidonia, Montecelio, Marcellina, Monteflavio, Montelibretti, Montorio Romano, Moricone, Neroli, Palombara Sabina, Sant'Angelo Romano e conta un bacino di circa 109.000 residenti. Tali distretti costituiscono l'Area nord dell'ASL RMG.

Con la riconversione del P.O. di Palombara Sabina in Presidio di Prossimità (PTP), l'ospedale di Monterotondo rappresenta l'unica struttura per acuti di riferimento per questi due distretti. Effettua circa 25.000 interventi di Pronto soccorso, il 10% dei quali necessita di ricovero, ma attualmente la struttura, per dimensione e tipologia di offerta, riesce ad assicurare la degenza solo al 54% di essi, trasferendo oltre 1.000 pazienti all'anno in altri Istituti.

Risulta pertanto necessario potenziare oltre che ridefinire il profilo di offerta di questo presidio, attraverso l'attivazione dell'Osservazione breve intensiva in contiguità fisica e funzionale al Pronto soccorso, la riorganizzazione delle attività di Day hospital, potenziate e comprese in area multidisciplinare medico-chirurgica e infine l'attivazione di un'area di assistenza intermedia (PTP), dotata di posti letto.

Tali interventi rappresentano solo una fase intermedia di riconfigurazione dell'offerta ospedaliera nel territorio che necessita della realizzazione di un nuovo ospedale da ubicare nella Valle del Tevere a Monterotondo scalo, in area pubblica fuori dai centri abitati e più vicina ai grandi nodi della mobilità, stradale e ferroviaria. Tale posizione consentirà al nuovo Presidio di diventare il polo sanitario di riferimento per i comuni dei distretti G1 e G2 della ASL RMG e anche per aree confinanti della ASL di Rieti dove è prevista la riorganizzazione del P.O. di Magliano Sabina con dotazione di PTP e RSA.

Questo intervento innovativo si inserisce infatti nella manovra di riconversione delle strutture dei territori limitrofi (Palombara Sabina e Poggio Mirteto), offrendo ai residenti una risorsa per acuti più consistente e organizzata e una maggiore articolazione delle strutture assistenziali con l'apertura di PTP e RSA.

Sono previsti inoltre nella terza fase dell'accordo di programma il potenziamento dei locali destinati ad attività territoriali a Guidonia, comprendente anche un punto di primo soccorso, finanziato per 11 milioni di euro, e l'acquisizione e il potenziamento del poliambulatorio di Zagarolo, finanziati con 4,5 milioni.

Per quanto riguarda l'area montana del territorio della ASL si veda quanto riportato per l'ospedale di Subiaco nella parte specificamente dedicata agli ospedali delle aree montane. In questa ASL va anche organizzato il Distretto sociosanitario montano, come definito nella Parte III - cap. 3.

#### *RMH*

L'ASL RMH presenta una popolazione residente pari a 534.605 abitanti, 261.023 maschi e 273.582 femmine con un indice di vecchiaia pari a 106. Essa è articolata in 6 distretti: H1, con 88.000 abitanti; H2, con 101.000 abitanti; H3, con 76.000 abitanti; H4, con 89.000 abitanti; H5, con 63.000 abitanti; H6, con 91.000 abitanti.

Questa ASL ha una densità di posti letto attuale di 2,7 per 1.000 abitanti (da 3,4 del 2005). Cinque dei sei distretti ospitano presidi ospedalieri a gestione diretta ubicati nei centri storici più importanti, lungo le grandi vie di collegamento con Roma, e localizzati molto vicino tra di loro. In particolare, nel Distretto H2 insistono gli ospedali di Albano, Genzano e Ariccia collocati lungo un tratto di via Appia di soli 6 km. La stima del fabbisogno di posti letto nel Distretto indica un eccesso di posti letto esistenti rispetto agli attesi. Il sistema dei presidi ospedalieri si presenta quindi eccessivamente frammentato e dispersivo; inoltre, alcune strutture non garantiscono standard di sicurezza ottimali per l'assistenza ai pazienti acuti.

Ne consegue la necessità di procedere alla riorganizzazione della rete ospedaliera pubblica della ASL RMH che permetta l'accorpamento di reparti omologhi, la riqualificazione dell'offerta assistenziale, e un recupero di efficienza operativa e manageriale.

In questo quadro, il nuovo profilo funzionale impone la riduzione dei poli ospedalieri, riaggregando gli ospedali a gestione diretta per afferenza territoriale e geografica, con separazione tra le funzioni di emergenza, elezione e riabilitazione.

Il polo ospedaliero H2 vede l'esigenza della realizzazione di un nuovo ospedale nel comune di Ariccia, che permetterà di conseguire la necessaria riduzione di posti letto già avviata e di non concentrare attività simili in ospedali dello stesso polo. Il nuovo ospedale multispecialistico dovrà sostituire i presidi di Albano, Genzano e Ariccia. Parte dei locali dell'ospedale Spolverini di Ariccia saranno occupati da un PTP, mentre nel Distretto H3 verrà sistemato anche un PTP nei locali dell'ospedale di Marino. Nel Distretto H1 è previsto un altro PTP a Rocca Priora.

Inoltre è stato definito dall'accordo di programma lo stanziamento di 23,5 milioni di euro per il potenziamento e l'adeguamento dell'Ospedale di Velletri.

#### *Viterbo*

L'ASL di Viterbo presenta una popolazione residente pari a 315.523 abitanti, 153.840 maschi e 161.683 femmine con un indice di vecchiaia pari a 169. La ASL è articolata in 5 distretti: VT1, con 56.000 abitanti; VT2, con 44.000 abitanti; VT3, con 89.000 abitanti; VT4, con 60.000 abitanti; VT5, con 56.000 abitanti.

L'ASL di Viterbo ha una densità di posti letto di 2,6 per mille abitanti (rapporto sostanzialmente non modificato). In questa ASL si ridefinirà la rete ospedaliera, attraverso un potenziamento del DEA di Belcolle che fungerà anche da centro di riferimento e coordinamento della rete per acuti dell'intera provincia. Per il completamento dell'Ospedale

Belcolle è stata prevista nell'accordo di programma terza fase l'acquisizione di tecnologie sanitarie per 7,5 milioni di euro.

Nell'ospedale di Ronciglione verrà predisposto un PTP.

Per quanto riguarda l'area montana del territorio della ASL si rinvia alla parte specificamente dedicata alle aree montane. In questa ASL va anche organizzato il Distretto sociosanitario montano, come definito nella Parte III – cap. 3.

### *Rieti*

L'ASL di Rieti presenta una popolazione residente pari a 159.018 abitanti, 77.831 maschi e 81.187 femmine, con l'indice di vecchiaia più elevato delle provincie, pari a 185. La ASL è articolata in 5 distretti: RI1, con 76.000 abitanti; RI2, con 32.000 abitanti; RI3, con 26.000 abitanti; RI4 e RI5, entrambi con 10.000 abitanti.

Anche in tale ASL il rapporto posti letto / abitanti è rimasto invariato (2,7 per mille). L'ospedale San Camillo de Lellis costituisce il presidio di riferimento della popolazione della provincia e opererà in maniera funzionalmente accorpata alle strutture di Amatrice e Magliano Sabina nella configurazione che queste ultime andranno ad assumere nella riorganizzazione della rete ospedaliera.

Questa manovra si inserisce nella riorganizzazione delle risorse per acuti della zona che comprendono anche gli interventi previsti nella ASL RMG di cui si è parlato sopra, ottenendo una maggiore articolazione delle strutture assistenziali con l'apertura di un PTP presso il presidio ospedaliero di Magliano Sabina e con il potenziamento delle attività ad alta integrazione socio sanitaria.

La terza fase dell'accordo di programma prevede 6 milioni di euro per il completamento della radiologia presso l'Ospedale S. Camillo de Lellis di Rieti.

Nel territorio della ASL di Rieti, l'insufficiente copertura dei bisogni di assistenza ospedaliera in post-acuzie determina una cospicua mobilità verso Roma e verso le confinanti regioni dell'Umbria e dell'Abruzzo. Si rende pertanto necessario un cospicuo potenziamento, nel territorio della ASL, dell'assistenza ospedaliera in post-acuzie.

Per quanto riguarda l'area montana del territorio della ASL si veda quanto riportato per l'ospedale di Amatrice nella parte specificamente dedicata agli ospedali delle aree montane. In questa Asl va anche organizzato il Distretto sociosanitario montano, come definito nella Parte III – cap. 3.

### *Latina*

L'ASL di Latina presenta una popolazione residente pari a 545.217 abitanti, 266.891 maschi e 278.326 femmine, con un indice di vecchiaia pari a 120. Essa è articolata in 5 distretti: Aprilia-Cisterna, con 110.000 abitanti; Latina, con 157.000 abitanti; Monti Lepini, con 55.000 abitanti; Fondi-Terracina, con 101.000 abitanti; Formia-Gaeta, con 105.000 abitanti.

L'ASL di Latina consta di un numero di posti letto definito dopo la manovra del Decreto 43/08 del Commissario ad Acta di 2,8 per 1.000 abitanti con una riduzione dello 0,7 per mille dal 2005. Nel Distretto IV Formia-Gaeta, che comprende anche le isole dell'arcipelago pontino, si collocano tre presidi ospedalieri (ospedali di Gaeta, Formia, Minturno) che compongono il Polo ospedaliero Latina Sud. Tale presidio rappresenta la principale struttura di riferimento per un bacino di utenza costituito non solo dai residenti del Distretto IV ma anche da una cospicua quota del Distretto III. Si tratta di un territorio variegato, caratterizzato da un'intensa crescita della popolazione durante il periodo estivo e da un consistente afflusso di migranti, che determinano uno squilibrio tra le dinamiche di popolazione e l'offerta di servizi ospedalieri.

A ottimizzare l'organizzazione dell'offerta ospedaliera è stata programmata la realizzazione del Nuovo Ospedale del Golfo nel Comune di Formia. Il nuovo ospedale accorperà gli stabilimenti di Formia, Gaeta e Minturno, integrandone le funzioni.

Nella prospettiva della costruzione del nuovo ospedale, che non sarà completato prima di alcuni anni, sono stati nel frattempo programmati interventi di potenziamento dell'assistenza in emergenza e dei servizi ambulatoriali complessi, di adeguamento tecnologico per l'ospedale di Formia e di riconversione in PTP del presidio di Gaeta. In questa ASL sono previsti due ulteriori PTP, uno nel Distretto di Latina<sup>1</sup> e un altro a Priverno.

Per quanto riguarda l'area nord della ASL è previsto, infine, un potenziamento del presidio Nord di Latina, attraverso la realizzazione di una palazzina all'interno dell'area dell'ospedale S. Maria Goretti, da destinare a servizi amministrativi e ambulatoriali: tale intervento consentirà di liberare spazi all'interno dell'ospedale che potrà, successivamente, riorganizzare al meglio la propria attività (finanziamento di 6,5 milioni di euro previsto in terza fase).

In ragione dell'avvenuto decentramento di 250 posti letto universitari dal Policlinico Umberto I, la riorganizzazione prevederà quindi spazi dedicati alle attività integrate di ricerca-didattica e assistenza, utilizzando anche i laboratori attivati in loco dalla Facoltà di Medicina e chirurgia. Particolare attenzione verrà posta nello sviluppo di attività specialistiche, in modo da diminuire drasticamente la mobilità sanitaria extraprovincia. È quindi necessario prevedere nel medio periodo la costruzione, eventualmente attraverso un project financing, di un nuovo ospedale in grado di rispondere sia alle esigenze assistenziali usuali della popolazione, sia a quelle legate alla didattica e alla ricerca universitaria.

### *Frosinone*

L'ASL di Frosinone presenta una popolazione residente pari a 496.917 abitanti, 242.765 maschi e 254.152 femmine con un indice di vecchiaia di 151. La ASL è articolata in 4 distretti: FRA, con 91.000 abitanti; FRB, con 186.000 abitanti; FRC, con 90.000 abitanti; FRD, con 124.000 abitanti.

La ASL di Frosinone ha un numero di posti letto per 1.000 abitanti pari a 2,4 dopo la manovra del Decreto 43/08 del Commissario ad Acta, precedentemente tale rapporto era di 2,8. Nella ridefinizione della rete ospedaliera per acuti della ASL di Frosinone, è stato ritenuto opportuno programmare un adeguato potenziamento dell'Ospedale Umberto I, propedeutico al suo riconoscimento di DEA di secondo livello dell'Area Sud.

È in corso di completamento la realizzazione del nuovo Ospedale di Frosinone (via Fabi) che andrà a sostituire l'attuale ospedale Umberto I, situato nel centro storico; per quest'ultimo è stata autorizzata la vendita al fine di finanziare l'acquisto delle attrezzature del nuovo ospedale.

La rete di offerta ospedaliera del Distretto A della ASL di FR è costituita dal P.O. Civile di Anagni e dal P.O. S. Benedetto di Alatri, per complessivi 228 posti letto per acuti; il tasso di ospedalizzazione della popolazione di tale Distretto è risultato, nel 2007, superiore a 215 ricoveri per 1.000 abitanti.

In particolare meno del 44% dei ricoveri dei residenti del Distretto A è assorbito dai suddetti P.O. di zona (Alatri per il 25%, Anagni per il 19%), il 45% dei ricoveri avviene in strutture esterne all'ASL di Frosinone e circa l'11% fuori regione (Bambino Gesù incluso).



In base a quanto rilevato, e fino alla costruzione di un nuovo ospedale che integri le attività con quelle del presidio di Colleferro, si rende necessaria una trasformazione del profilo di offerta del P.O. di Anagni in Ospedale per acuti dotato di 92 posti letto, organizzato per livelli di complessità assistenziale e articolato nelle seguenti aree assistenziali:

- area dell'emergenza-urgenza;
- area chirurgica multidisciplinare, con potenziamento delle attività di Ortopedia e Traumatologia;
- area medica multidisciplinare, con potenziamento delle attività di Medicina e di Cardiologia;
- area Day hospital multi specialistico;
- servizio di dialisi;
- Hospice;
- attività ambulatoriale multispecialistica e attività diagnostiche di base: radiologia e laboratorio/punto prelievi.

Al fine di garantire sicurezza e qualità delle cure a gestante/puerpera e neonato, il punto nascita del P.O. Civile di Anagni sarà accorpato a quello del P.O. S. Benedetto di Alatri (con oltre 800 nati nel 2007).

Nella provincia di Frosinone è inoltre prevista la ristrutturazione del Distretto di Sora e del vecchio ospedale di Cassino nel centro storico riconvertendoli in locali destinati alle attività territoriali con finanziamenti previsti dall'accordo di programma terza fase, rispettivamente di 8 e 6 milioni di euro. I PTP previsti in questa provincia sono dislocati a Ceccano, Atina e Ceprano.

#### *Azienda ospedaliera S. Giovanni-Addolorata*

La terza fase dell'accordo di programma per lo stanziamento dei fondi ex art. 20 L. 67/88 ha previsto un finanziamento di 9,3 milioni di euro per il completamento dell'adeguamento delle strutture del S. Giovanni e 10,7 milioni di euro per la ristrutturazione e l'adeguamento dell'Addolorata.

#### *Azienda ospedaliera S. Camillo-Forlanini*

Anche per tale Azienda l'accordo di programma terza fase ha definito un finanziamento: 15 milioni di euro sono destinati alla ristrutturazione del Padiglione cardiologico.

#### *Policlinico Umberto I*

Per il policlinico per la terza fase sono previsti 15 milioni di euro finalizzati all'adeguamento della day surgery e della chirurgia.

La ristrutturazione edilizia del Policlinico Umberto I deve prevedere aree differenziate in: a) h 24: degenza ordinaria sull'asse otorino-neurologia-padiglioni-Dip. Chirurgia Valdoni, area materno-infantile; b) h 12: didattica-ricerca-attività ambulatoriale/day hospital negli edifici storici lungo la cinta muraria; c) parcheggi multilevel; d) albergo per pazienti; e) struttura dedicata per attività professionale intramuraria.

### ***Ospedali di montagna o di zone lontane da altri centri ospedalieri***

Considerate le attuali condizioni della Regione Lazio in relazione al Piano di rientro, ma anche al Patto della salute 2010-2012, le soluzioni che vengono proposte tengono conto della complessiva situazione per rendere compatibili le esigenze assistenziali con le necessarie misure restrittive.

La Regione Lazio ha una conformazione oro geografica particolare con un territorio in prevalenza montagnoso e collinare, pianeggiante solo per il 20% rispetto, per esempio, al 47% della Lombardia, al 47,8% dell'Emilia-Romagna e al 56,4% del Veneto. Si pongono, quindi, problemi non indifferenti sia per quanto riguarda l'accessibilità di taluni presidi, sia per i necessari accorpamenti. Per tali motivi la Regione Lazio riconosce le peculiarità delle esigenze delle aree montane e delle zone lontane da altri centri ospedalieri e mal collegate ad essi.

Le dotazioni e l'organizzazione delle relative strutture è variabile a seconda del contesto specifico e della rete dei servizi di cui è in grado di usufruire.

Alcuni punti fermi sono però da prevedere per le strutture esistenti.

Le dotazioni potranno essere in via assolutamente eccezionale difformi da quelle previste dalla programmazione della spesa purché continuino a garantire, per organizzazione e per volumi di trattamento, livelli di qualità.

Le eventuali carenze che si potranno creare dovranno essere superate attraverso l'integrazione nelle reti specialistiche realizzate nell'area, attraverso relazioni strutturate e funzionali con i centri hub, compreso l'utilizzo della telemedicina. Inoltre potrà essere previsto un servizio speciale di eliambulanza.

In particolare è opportuno rappresentare gli interventi specifici per i seguenti ex presidi ospedalieri:

#### Subiaco

Il bacino di utenza del P.O. Angelucci di Subiaco è rappresentato dai 33.700 residenti del Distretto G4 della ASL RMG, comprendente i comuni di Subiaco, Affile, Agosta, Anticoli Corrado, Arcinazzo Romano, Arsoli, Bellegra, Camerata Nuova, Canterano, Cervara di Roma, Jenne, Marano Equo, Olevano Romano, Rifreddo, Rocca Canterano, Rocca Santo Stefano, Roiate, Roviano, Vallepietra, Vallinfreda, Vivaro Romano.

Tale Distretto, inserito nella Comunità montana dell'Aniene (comprendente i versanti nord-est dei Monti Simbruini, nord-ovest dei Monti Lucretili, sud-ovest dei Monti Ruffi ad est della catena dei Monti Ernici) ha caratteristiche estremamente peculiari, in quanto contraddistinta da un susseguirsi di rilievi montuosi con notevoli variazioni di altitudine (fino a 1.300 mt sul livello del mare).

In considerazione della specificità del territorio, la struttura Angelucci di Subiaco è inserita nel Distretto sociosanitario montano, che ha il compito di promuovere forme di integrazione della offerta, al fine di assicurare a tutti i residenti:

- accessibilità ai servizi;
- prossimità delle cure per i casi di media e bassa complessità;
- tempestività della presa in carico dei casi più complessi e inserimento degli stessi in percorsi assistenziali di livello superiore (percorsi integrati con ARES 118 e con gli hub ospedalieri di riferimento).

### Acquapendente e Montefiascone

La riorganizzazione delle rete ospedaliera della ASL di Viterbo prevede l'integrazione funzionale delle attività dei presidi di Acquapendente e Montefiascone, così come riconvertiti, con il Presidio centrale di Belcolle di Viterbo (distante da esse rispettivamente 55 e 21 km).

I presidi satellite avranno il compito di garantire alla popolazione del proprio territorio tempestività della presa in carico e continuità delle cure. Ciascun paziente, in funzione della complessità del bisogno sanitario espresso, sarà inserito in percorsi di assistenza, diagnosi e cura integrati con le attività del presidio centrale di Belcolle. Tali percorsi potranno prevedere sia la mobilità del paziente verso il presidio centrale (trasferimento in continuità di cure), sia la mobilità di équipe di operatori o di singoli specialisti dal presidio centrale verso le strutture satelliti dell'area di residenza del paziente (ad es. chirurgia di elezione).

Le strutture satellite di Acquapendente e Montefiascone comunque dovranno garantire:

- primo soccorso integrato alla rete ARES 118;
- area di assistenza territoriale e intermedia di prossimità (PTP);
- area di degenza ospedaliera, se e in quanto prevista nel piano di riordino della rete ospedaliera.

I Presidi territoriali di prossimità saranno così articolati:

- 10 posti letto gestiti dai MMG unitamente agli infermieri;
- Punto unico di accesso integrato con i servizi sociali dell'Ente Locale;
- infermieristica di comunità;
- specialistica ambulatoriale: attività diagnostiche di base: radiologia e laboratorio/punto prelievi; disponibilità dell'attività collegata alla gestione assistenziale in PTP, cardiologia, pneumologia, diabetologia, neurologia/geriatria; l'ulteriore attività di specialistica ambulatoriale andrà valutata a livello aziendale sulla base dei dati disponibili;
- day service;
- assistenza domiciliare integrata;
- centro diurno per anziani fragili;
- distribuzione di farmaci, collegata al servizio farmaceutico aziendale.

### Rieti, Amatrice e Magliano Sabina

#### Amatrice

Il presidio ospedaliero Francesco Grifoni ha sede presso il comune di Amatrice; tale comune, situato a oltre 900 mt di altitudine e costituito da oltre 60 frazioni, è circondato dai rilievi della dorsale principale dei Monti della Laga, (oltre 2.400 mt di altitudine).

Data la peculiarità del contesto territoriale, il presidio conserverà una dotazione minima di servizi tale da assicurare al Distretto Alto Velino (circa 10.000 residenti) una piattaforma assistenziale prevalentemente accentrata su Primo soccorso, Osservazione breve ed eventualmente DH medico, garantendo, al contempo, l'offerta territoriale e la gestione di prossimità dei pazienti con bisogni assistenziali di tipo intermedio attraverso l'attivazione di un Presidio territoriale di

prossimità con posti letto a gestione dei MMG unitamente agli infermieri. Tutti questi interventi vanno regolamentati nell'ambito del Distretto Sociosanitario montano, come definito nella Parte III - cap. 3.

#### **4.d.2 Gli investimenti in edilizia sanitaria e nelle dotazioni tecnologiche.**

##### **INTRODUZIONE**

L'offerta sanitaria del Lazio è caratterizzata da un elevato livello di eccellenza e si pone all'avanguardia a livello nazionale, e non solo, in molteplici specializzazioni, particolarmente nei campi dell'emergenza –urgenza.

Il raggiungimento di questi risultati è stato possibile grazie ad un continuo e mirato aggiornamento ed ammodernamento delle strutture sanitarie, sia degli "involucri", ovvero dei manufatti all'interno dei quali sono erogate le prestazioni sanitarie, sia delle attrezzature e delle dotazioni tecnologiche che supportano la competenza ed il lavoro delle risorse umane, mediche e delle professioni sanitarie, nella definizione della diagnosi e nella complessiva "presa in carico" del paziente.

Nei paragrafi successivi saranno esposte le politiche di rinnovamento del patrimonio edilizio e delle tecnologie sanitarie delle strutture pubbliche (AUSL, Aziende Ospedaliere, Policlinici universitari e IRCCS) portate avanti dalla Regione Lazio negli ultimi anni, le cui fonti finanziarie afferiscono a fondi nazionali e regionali che si riconducono a differenti filoni di finanziamenti.

Nell'ultima parte saranno esposti gli interventi in corso di programmazione sul patrimonio edilizio e tecnologico, volti a realizzare concretamente gli obiettivi della pianificazione regionale degli ultimi anni e ad accompagnare la Sanità del Lazio verso i profondi mutamenti dell'offerta e dei percorsi assistenziali del prossimo futuro.

##### **1 - I FINANZIAMENTI**

In termini di risorse attivate, il riferimento principale è il *"Programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico"* avviato ai sensi dell'articolo 20 della Legge 67/88 ed organizzato in fasi successive. La Regione Lazio ha sviluppato ed attivato la I e la II fase e sta programmando ed articolando gli interventi della III e della IV fase.

Affianco ai suddetti finanziamenti, nel corso degli anni, sono stati portati avanti altri filoni di attribuzione finanziaria, facenti capo a normative mirate a perseguire obiettivi specifici di efficienza e a fronteggiare emergenze sanitarie.

Tra gli ulteriori strumenti utilizzabili un esempio è costituito dal project financing che potrà essere sviluppato qualora si presenti la possibilità della dismissione immobiliare di strutture sanitarie pubbliche con la trasformazione della destinazione d'uso e conseguimento, quindi, di ricavi che consentano di realizzare nuovi presidi sanitari previsti dalla programmazione regionale.

I fondi, nel loro insieme, si articolano in tre grandi tipologie di interventi:

- la ristrutturazione per obsolescenza o inadeguatezza dei presidi sanitari esistenti, allo scopo di migliorarne le prestazioni o mantenerne inalterati i livelli di efficienza - interventi che rappresentano l'ossatura portante dei finanziamenti statali ex art. 20;
- la costruzione di nuovi luoghi dell'offerta sanitaria, sia per il territorio che per le emergenze - la cui copertura finanziaria è garantita in parte dai fondi ex art. 20 e in parte da fondi regionali;
- l'acquisto mirato di attrezzature allo scopo di ammodernare i mezzi tecnologici in dotazione e/o di

fornire prestazioni innovative - che trova copertura in normative statali volte a perseguire obiettivi di efficienza specifici e, in misura maggiore, ai sensi di normative regionali che nel corso degli ultimi anni hanno provveduto a sviluppare uno specifico piano di ammodernamento, articolato anno per anno.

Si riporta di seguito la tabella riepilogativa dei finanziamenti in essere e previsti di competenza della Regione Lazio.

Finanziamento	Importo complessivo	n° progetti	Attuazione
1^ fase L. 67/88	€ 397.772.004,98	62	in esecuzione
2^ fase L. 67/88	€ 663.985.524,38	182	in esecuzione
3^ fase L. 67/88	€ 215.227.509,26	20	In programmazione
4^ fase L. 67/88	€ 410.526.315,79	da definire	In programmazione
Intramoenia	€ 108.425.950,41	49	in esecuzione
Art. 71 L. 448/98	€ 208.287.067,40	2	in esecuzione
Hospice L. 39/99	€ 20.041.823,52	7	in esecuzione
Fondi vincolati L. 67/88	€ 282.182.236,98	5	in esecuzione
Sicurezza (anticipazione 2^ fase L. 67/88)	€ 22.041.836,81	9	in ultimazione
AIDS L.135/90	€ 101.385.873,26	19	in esecuzione
Radioterapia	€ 1.219.537,23	4	in esecuzione
Consultori L. 34/96	€ 4.687.574,19	32	in esecuzione
Materno Infantile (Fondi residui Consultori)	€ 4.001.400,00	10	Completato
Interventi finanziati dalla Regione anni precedenti	€ 53.000.000,00	27	in esecuzione
Interventi finanziati dalla Regione 2006	€ 140.000.000,00	18	in esecuzione
Interventi finanziati dalla Regione 2007	€ 53.850.000,00	23	in esecuzione
Interventi finanziati dalla Regione 2008	€ 65.110.000,00	24	in esecuzione
Interventi finanziati dalla Regione 2009	€ 160.548.939,93	9	in programmazione
Nuovi Ospedali	€ 120.000.000,00*	2	in esecuzione
<b>Totale</b>	<b>€ 3.032.293.594,14</b>	<b>504</b>	

\* I nuovi ospedali in corso di realizzazione sono 2: il Nuovo Ospedale di Frosinone, a valere su fondi articolo 20, I e II fase, e il Nuovo Ospedale dei Castelli, il cui importo, interamente a carico della Regione Lazio, è di € 120.000.000,00.

## 1.1 FONDI STANZIATI CON LEGGI NAZIONALI

### 1.1.1 - DETTAGLIO DEI PROGRAMMI DI FINANZIAMENTO A VALERE SULL'ART. 20 DELLA L. 67/88

Come accennato, nell'ultimo decennio il piano programmatico derivante dall'applicazione dell'art. 20 della L. 67/88 ha costituito la struttura portante del rinnovamento e della modernizzazione del patrimonio sanitario pubblico e delle dotazioni tecnologiche.

Il programma di interventi in corso di attuazione è suddiviso in 2 fasi, la prima iniziata nel 1996 e la seconda nel 2001, e ha visto la Regione beneficiare di assegnazioni finanziarie rispettivamente pari a € 398 milioni circa e a € 664 milioni circa, compreso il cofinanziamento del 5% a carico del bilancio regionale.

La **prima fase** ha riguardato 63 interventi di cui il 48% sono stati del tutto completati - e le strutture sono ora in esercizio, il 27% sono conclusi e collaudati -pronti all'esercizio - ed il restante 20% è in fase di completamento. Soltanto il 5% ha avuto difficoltà di attuazione, procrastinando i tempi di conclusione previsti.

Tra gli interventi più importanti realizzati ci sono: l'ampliamento dell'Ospedale San Filippo Neri e del Presidio San Giovanni-Addolorata, la costruzione del Policlinico Universitario di Tor Vergata, la messa a norma impiantistica del Policlinico Universitario Umberto I e i lavori di messa a norma e ammodernamento complessivo dei padiglioni del San Camillo. Con i fondi della prima fase è iniziata la costruzione del Nuovo Ospedale di Frosinone, in corso di attivazione, la realizzazione delle RSA di Minturno, Latina e Sezze, e delle strutture di servizi al territorio, quali i poliambulatori delle AUSL Roma B, Roma D, Roma F, Roma H e Latina.

La **seconda fase** è articolata in un numero maggiore di interventi di cui alcuni sono stati defianziati per decorrenza dei termini di presentazione dei progetti, ai sensi della legge n. 266 del 23/12/2005 (Finanziaria dello Stato 2006) e altri sono stati esclusi dal finanziamento, per problemi legati all'*iter* procedurale, l'anno successivo. Dei trentanove progetti defianziati dodici sono stati successivamente riammessi con D.G.R. n. 255 del 02/05/2006 a potere fruire dei fondi inizialmente stanziati - per il 35% delle risorse iniziali.

L'accordo di programma definito con D.G.R. 1054/2001 ha rimodulato i finanziamenti secondo 182 "schede di intervento", per l'importo complessivo definitivo di € 663.985.524,38. Alcune delle 182 schede sono state ulteriormente articolate in più progetti, e, all'oggi, sono in fase di attuazione e/o completamento 211 progetti, nelle AUSL, nelle Aziende Ospedaliere e nei Policlinici Universitari. Tra i più significativi, l'acquisto e parte della ristrutturazione del presidio territoriale di Santa Caterina delle Rose, la razionalizzazione degli spazi dell'Ospedale Oftalmico, la ristrutturazione dell'Ospedale Santa Maria Goretti di Latina, la ristrutturazione di quattro padiglioni dell'Ospedale San Camillo, il Completamento dei corpi C e D del Presidio San Giovanni, la ristrutturazione complessiva dell'Addolorata, la costruzione del corpo D dell'Ospedale San Filippo Neri ed il completamento del corpo C dello stesso Ospedale.

#### **1.1.2 - PROGRAMMI DI FINANZIAMENTO A VALERE SULL'ART. 20 DELLA L. 67/88 – SECONDA FASE, ANTICIPO FINANZIAMENTI PER MESSA A NORMA E SICUREZZA L 450/98**

L'imperiosa urgenza di mettere a norma alcuni presidi ospedalieri ha indotto alla scelta di anticipare una quota parte dei finanziamenti della seconda fase, che sono stati stanziati ai sensi della L. 450/98, per realizzare interventi di adeguamento a norma e messa in sicurezza. Con la Deliberazione n. 52 del 06/05/1998, il CIPE ha ripartito tra le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano la somma di circa 410 milioni di Euro per la realizzazione di interventi necessari ad adeguare le strutture e le tecnologie sanitarie alla normativa vigente in materia di sicurezza.

In particolare, alla regione Lazio viene assegnata la quota di € 22.041.836,81 finalizzati ai soli interventi nel settore della sicurezza, in anticipazione sul programma pluriennale di investimenti in edilizia sanitaria.

Con Deliberazione regionale n. 1264/99 si è dato atto alla Deliberazione CIPE suddetta per la messa a norma delle seguenti strutture ospedaliere:

INTERVENTI A VALERE SULL'ART. 20 DELLA L. 67/88 – SECONDA FASE, ANTICIPO FINANZIAMENTI PER MESSA A NORMA E SICUREZZA L 450/98			
Azienda	Struttura	Oggetto	Importo finanziamento
Roma C	Ospedale CTO	Messa a norma impianto elettrico, per la produzione del freddo, gas terapeutici, antincendio, elevatori.	€ 2.732.163,55
Roma F	Osped. Bracciano	Adeguamento a norma impianto elettrico ed opere connesse	€ 1.147.508,69
	Osp. Civitavecchia	Messa a norma impianto elettrico	€ 983.578,88
		Di cui Fondi nazionali pregressi	€ 293.434,80
Roma G	Osp. Tivoli	Adeguamento al D.L.vo 626 / 94	€ 2.185.730,84
Roma H	Villa Albani	Completamento opere di adeguamento al D.L.vo 626 / 94	€ 2.595.555,37
		Integrato con Fondi regionali -D.G.R. n. 4661 del 04/08/98	
Viterbo	Civitacastellana	Messa a norma impianto elettrico e antincendio	€ 1.090.133,26
Latina	Osp. S.M. Goretti	Messa a norma impianto antincendio	€ 1.038.222,15
S. Camillo	Osp. S. Camillo	Adeguamento impianti elettrici	€ 7.130.946,86
	Osp. S. Camillo	Impianto idrico-antincendio	€ 519.111,07
S.F. Neri	Osp. S.F. Neri	Adeguamento impianti alle norme di sicurezza	€ 2.732.163,55
	<b>TOTALE</b>		<b>€ 22.448.549,02</b>

Degli otto interventi individuati, uno è completato ed in esercizio, quattro sono conclusi e tre in corso di completamento. Con la stessa deliberazione CIPE, sono stati assegnati fondi anche per la realizzazione del Nuovo Ospedale di Frosinone, unitamente a quelli assegnati nella I e II fase dell'art. 20.

### **1.1.3 - ART. 20 L. 67/88: LA TERZA FASE**

La conferenza Stato-Regioni ha approvato il riparto di ulteriori 2.425 milioni di Euro previsti dalla L. 296/06 (finanziaria 2007), per l'avvio della III fase dei finanziamenti ex art. 20 L. 67/88, con assegnazione alla Regione Lazio di 204 Milioni di Euro a cui aggiungere il contributo regionale.

Nell'articolare le risorse assegnate dalla Stato, il punto di partenza delle scelte effettuate per i progetti selezionati nella terza fase è stato il punto di arrivo e lo stato dell'arte degli interventi realizzati in II fase, così da sviluppare il sistema degli interventi da finanziare in logica conseguenza dei progetti in corso di realizzazione, in termini di completamento o ampliamento dell'offerta sanitaria nei presidi ospedalieri o per il territorio.

L'intero quadro dei progetti previsti nell'articolazione della terza fase - il cui importo complessivo, comprensivo del cofinanziamento regionale previsto è pari a € 215.227.509,26 - quindi, si inserisce anch'esso nella logica della razionalizzazione dell'offerta e prosegue il percorso già iniziato finalizzato alla ottimizzazione dell'offerta sul territorio e della messa a sistema dei presidi secondo il modello ad *hub&spoke* definito nella DGR 420/07 e dalle direttive del Piano di Rientro e delle successive norme applicative.



**1.1.3.1- GLI INTERVENTI**

Gli interventi già individuati sono elencati nella seguente tabella; della quota parte restante, riportata nell'ultima riga, non sono ancora definitivi gli importi da assegnare a ciascun progetto.

n.	AZIENDA	LOCALIZZAZIONE	TITOLO INTERVENTO	COSTO COMPLESSIVO
1	USL RM A	ex Ospedale "Nuovo Regina Margherita"	Riconversione di due livelli dell'Ospedale per attività territoriali	€ 5.000.000,00
3	USL RM B	Località Tor Tre Teste	Realizzazione di un Presidio Territoriale completo di arredi e attrezzature - nuova costruzione	€ 5.600.000,00
5	USL RM D	Ostia -Piazza Botero	Realizzazione di un Presidio Territoriale completo di arredi e attrezzature - nuova costruzione	€ 5.800.000,00
6	USL RM E	Via Boccea 271	Realizzazione di un Presidio Territoriale completo di arredi e attrezzature - nuova costruzione	€ 5.000.000,00
7	USL RM E	Ospedale S. Spirito	Creazione di una piazza di accoglienza per funzioni territoriali - nuova costruzione e ristrutturazione	€ 2.427.509,26
8	USL RM F	Capena	Realizzazione di un Presidio Territoriale completo di arredi e attrezzature - nuova costruzione	€ 4.000.000,00
9	USL RM F	Ospedale S. Paolo di Civitavecchia	Ristrutturazione di due livelli e completamento della struttura	€ 13.200.000,00
12	USL RM H	Ospedale di Velletri	Ristrutturazione e messa a norma del corpo di fabbrica esistente e collocazione del DEA in edificio di nuova costruzione	€ 23.500.000,00
14	USL Latina	Fondi	Ralizzazione di un Hospice - nuova costruzione	€ 3.500.000,00
15	USL Frosinone	Cassino - Presidio territoriale "Gemma De Bosis" (ex ospedale)	Ristrutturazione e adeguamento normativo	€ 6.000.000,00
16	USL Frosinone	Sora - Distretto di via Piemonte	Ristrutturazione e adeguamento normativo	€ 8.000.000,00
18	USL Rieti	Ospedale S. Camillo de Lellis	Completamento del reparto di radiologia e CPI	€ 6.000.000,00
19	C. O.S. Giovanni	Ospedale S. Giovanni	Completamento del corpo B	€ 7.500.000,00
20	O. Pol. Tor Vergata	Ospedale Tor Vergata	Completamento e adeguamento normativo	€ 42.600.000,00
21	O. S. Camillo	Padiglione Cardiologico	Ristrutturazione e messa a norma - acquisto arredi e attrezzature	€ 15.000.000,00
22	Pol. Univ A. Gemelli	Ospedale A.Gemelli	Messa a norma delle degenze e adeguamento sale day surgery e cardiocirurgia	€ 15.000.000,00
23	Istit Regina Elena	Sede IFO di via Chianesi	Costruzione di un Hospice con 11 stanze di degenza	€ 5.000.000,00
24	Istit Lazzaro Spallani	Presidio Ospedaliero Spallanzani	Progetto di informatizzazione integrata Area Sanitaria Interventi per il completamento del POIT (Presidio Ospedaliero interaziendale Trapianti) - Padiglione Pontano - Centro di Rianimazione - Sala Angiografica	€ 8.100.000,00
		Importo residuo da assegnare		€ 34.000.000,00
<b>TOTALE</b>				<b>€ 215.227.509,26</b>

I suddetti interventi, siano essi di nuova costruzione, di ristrutturazione e/o messa a norma, saranno completi, funzionali e funzionanti: sarà pertanto garantita anche la dotazione di arredi e attrezzature sanitarie. Gli importi complessivi destinati all'acquisto di tecnologie sanitarie supera il 15% imposto dalle direttive ministeriali.

#### **1.1.4 - ART. 20 L. 67/88: LA QUARTA FASE**

Con la L. 244/2007 (Finanziaria 2008) sono stati stanziati fondi per avviare la successiva fase di interventi ex art. 20 per un ammontare complessivo pari a 3 miliardi di Euro. Per la Regione Lazio sono stati assegnati, con delibere CIPE 97 e 98 del 2008, 390 milioni di Euro allo scopo di avviare la quarta fase.

L'articolazione degli interventi per le singole Aziende è ancora da definirsi, in subordine al definitivo assetto che avrà lo sviluppo della terza fase, in ogni caso si conta di finanziare la costruzione dell'Ospedale del Golfo, dell'Ospedale della Valle del Tevere e di quello di Anagni nonché il completamento dell'ospedale Belcolle di Viterbo, come peraltro già accennato, con quota parte dei 410 milioni di Euro a disposizione - considerando anche il contributo a carico della Regione - con l'intenzione di rafforzare il sistema di messa in rete delle strutture, anche attraverso la realizzazione di un sistema informatico di flusso dei dati e delle cartelle cliniche tra i presidi ospedalieri messi a sistema. Per la descrizione dettagliata dei nuovi Presidi Ospedalieri previsti e della nuova articolazione della rete dell'offerta al territorio, si rimanda all'ultima parte del capitolo.

Sui finanziamenti della IV fase andranno a valere anche i fondi necessari al completamento dell'ospedale di Belcolle, che da circa venti anni presenta un'ala dello stabile allo stato di rustico, e per il quale, dato il deficit di posti letto della AUSL di Viterbo, si rende indispensabile ed urgente provvedere alla attivazione complessiva.

Per la descrizione dettagliata dei nuovi Presidi Ospedalieri previsti e della nuova articolazione della rete dell'offerta al territorio, si rimanda all'ultima parte del capitolo.

#### **1.1.5 - RADIOTERAPIA - ART. 28, COMMA 12 - L. 488/99**

La legge finanziaria del 23 dicembre 1999 n. 488 ha previsto il potenziamento delle strutture di radioterapia nell'ambito dei programmi di edilizia sanitaria di cui all'articolo 20 della Legge n. 67 del 1988, autorizzando l'ulteriore spesa di 10 miliardi di Lire all'anno (€ 5.164.569,00) per il triennio 2000, 2001 e 2002.

Si tratta di fondi vincolati stanziati al fine di rafforzare l'offerta delle strutture di radioterapia e destinati, nel Lazio, a due soli beneficiari:

- l'Ospedale Umberto I, per un importo pari a € 258.466,02, il cui progetto è stato già approvato, messo a finanziamento ed in corso d'opera.
- L'azienda ospedaliera San Giovanni, a cui sono stati destinati € 900.136,84 per l'acquisto di un tomografo computerizzato, finalizzato ad attività di diagnosi e prevenzione. Il progetto, da poco approvato, è stato ammesso a finanziamento.

<b>IMPORTO COMPLESSIVO assegnato con D.M. del 28.12.01</b>			<b>Altre fonti di finanziamento: REGIONE 5%</b>
<b>AZIENDE</b>	<b>INTERVENTO</b>	<b>EURO</b>	<b>EURO</b>
<b>S.GIOVANNI-ADDOLORATA</b>	Acquisto Simulatore per radioterapia (Calvary Hospital)	<b>€ 480.072,99</b>	<b>€ 25.243,14</b>
	Acquisto Sistema computerizzato per piani di trattamento(Calvary Hospital)	<b>€ 240.036,49</b>	<b>€ 12.621,58</b>
	Acquisto Attrezzature per controlli qualità e dosometria(Calvary Hospital)	<b>€ 180.027,36</b>	<b>€ 9.466,18</b>
<b>POLICLINICO UMBERTO I</b>	Sostituzione apparecchiatura per brachiterapia comprensivo di sistema computerizzato per piani di trattamento e n.4 sorgenti	<b>€ 258.466,02</b>	<b>€ 13.603,47</b>
		<b>€ 1.158.602,86</b>	<b>€ 60.934,37</b>
<b>TOTALE</b>			<b>€ 1.219.537,23</b>

#### 1.1.6 - CONSULTORI L. 34/96 E MATERNO INFANTILE L. 34/96

La Legge 34/96 ha destinato fondi dello Stato al potenziamento dei consultori, allo scopo di rafforzare sul territorio l'assistenza alle donne. I fondi sono stati distribuiti in due *tranche*: la prima per i consultori e la seconda allo scopo di incrementare il livello di assistenza in terapia intensiva nei reparti maternità.

In data 10.05.1999 è stata pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale la deliberazione del 19.02.1999 con la quale il CIPE ha ammesso a finanziamento alcuni progetti della Regione Lazio per il settore materno infantile. Gli interventi risultano da poco completati per un ammontare di circa dieci milioni di Euro di investimento, ponendo la Regione Lazio all'avanguardia per l'assistenza nella terapia intensiva neonatale.

#### - Consultori

<b>Ente attuatore</b>	<b>Titolo</b>	<b>Costo complessivo</b>
AUSL RM A	Ristrutturazione consultorio via Dino Galli	255.659,69
AUSL RM A	Ristrutturazione consultorio via Salaria	132.139,71
AUSL RM B	Messa a norma consultorio via Tor Cervara	123.949,66
AUSL RM B	Messa a norma consultorio via Pietralata	287.927,72
AUSL RM B	Messa a norma consultorio via delle Resede	64.557,11
AUSL RM B	Messa a norma consultorio via delle Canapiglie	44.415,29
AUSL RM B	Messa a norma consultorio via Torrenova	134.278,79
AUSL RM E	Ristrutturazione consultorio Viale Angelico	139.473,65
AUSL RM E	Ristrutturazione consultorio Via Stazione di Cesano	84.614,23
AUSL RM E	Ristrutturazione consultorio Via Jacobini	154.327,79
AUSL RM F	Ristrutturazione vecchio Ospedale per consultorio	103.291,38
AUSL RM F	Umanizzazione sala parto Osp. Bracciano	138.304,06
AUSL RM F	Ristrutturazione consultorio di Campagnano	135.909,71
AUSL RM G	Messa a norma consultorio di Arsoli	199.260,25
AUSL RM G	Messa a norma consultorio di Subiaco	197.585,30
AUSL RM H	Ristrutturazione consultorio di Albano	83.149,56
AUSL RM H	Ristrutturazione consultorio di Ariccia	173.477,87
AUSL RM H	Ristrutturazione consultorio di Frascati	55.062,57
AUSL RM H	Ristrutturazione consultorio di Genzano	22.458,13
AUSL RM H	Ristrutturazione consultorio di Montecompatri	60.009,19
AUSL RM H	Ristrutturazione consultorio di Nettuno	107.577,97
AUSL RM H	Ristrutturazione consultorio di Rocca Priora	164.765,76
AUSL VT	Ristrutturazione consultorio di Nepi	61.923,74
AUSL VT	Ristrutturazione consultorio di Tarquinia	247.553,74
AUSL VT	Ristrutturazione consultorio di Valentano	37.071,28
AUSL VT	Ristrutturazione consultorio di Vetralla	35.430,80
AUSL FR	Umanizzazione sala parto Osp. Frosinone	563.421,42
AUSL LT	Realizzazione centro servizi materno-infantile in Latina	645.571,12
AUSL LT	Ristrutturazione consultorio di Priverno	129.114,22
AUSL RI	Ristrutturazione consultorio di Antrodoco	24.563,65
AUSL RI	Ristrutturazione consultorio di Leonessa	33.266,65
AUSL RI	Ristrutturazione consultorio di Magliano Sabina	47.462,18
	<b>TOTALE</b>	<b>4.687.574,19</b>

**- Utilizzo dei fondi residui per la terapia intensiva nei reparti maternità**

<b>Ente attuatore</b>	<b>Titolo</b>	<b>Costo complessivo</b>
O. S. PERTINI (ASL RM-B)	Progetto esecutivo per l'acquisto di attrezzature sanitarie per l'U.O. di Fisiopatologia della Riproduzione - Sterilità Polo Materno Infantile presso l'Ospedale Sandro Pertini	270.000,00
A.O.S. CAMILLO FORLANINI	Progetto esecutivo per l'acquisto di attrezzature sanitarie per l'Unità Operativa complessa di Neonatologia - Dipartimento per la Tutela della Donna e del Bambino dell'A.O.S.Camillo Forlanini	300.000,00
A.O.S. FILIPPO NERI	Progetto esecutivo per l'acquisto di attrezzature sanitarie per il potenziamento del Centro di Terapia Intensiva Neonatale dell'Ospedale S.Filippo Neri	150.000,00
A.O.S. GIOVANNI	Progetto esecutivo per l'acquisto di attrezzature per il Dipartimento della Donna e del Bambino nell'Ospedale S. Giovanni di Roma	290.000,00
O. DI LATINA	Progetto esecutivo per l'acquisto di attrezzature sanitarie per l'Unità Operativa di Pediatria dell'Ospedale di Latina	280.000,00
O. DI VITERBO	Progetto esecutivo per l'acquisto di attrezzature sanitarie - Centro di Terapia Intensiva Neonatale dell'Ospedale di Viterbo	100.000,00
O. FROSINONE	Progetto esecutivo per l'acquisto di attrezzature per l'Unità Operativa di Pediatria dell'Ospedale di Frosinone	150.000,00
P.O. S. EUGENIO (AUSL RMC)	Progetto esecutivo per l'acquisto di attrezzature sanitarie per il Centro di Terapia Intensiva Neonatale del P.O.S. Eugenio	100.000,00
POLICLINICO A. GEMELLI	Progetto esecutivo per l'acquisto di attrezzature sanitarie per il Dipartimento di Scienze Pediatriche dell'A.U. Policlinico A. Gemelli	591.400,00
POLICLINICO UMBERTO I	Progetto esecutivo per l'acquisto di attrezzature sanitarie da destinare all'Istituto di Clinica Pediatrica del Policlinico Umberto I	1.770.000,00
	<b>TOTALE</b>	<b>4.001.400,00</b>

**1.1.7 - INTRAMOENIA L. 254/00**

Il Decreto legislativo del 28 luglio 2000, n. 254, integrativo del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, ha previsto la predisposizione da parte delle Regioni, di un programma per la realizzazione di spazi destinati allo svolgimento dell'attività libero professionale intramuraria. Il 26.05.2000 sulla G.U.R.I. è stato pubblicato il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri - atto d'indirizzo e coordinamento concernente l'attività intramuraria - con il quale sono stati fissati i principi ed i criteri direttivi per le specifiche iniziative. Nell'atto suddetto si attribuisce ai Direttori Generali l'obbligo di realizzare strutture idonee e spazi distinti all'interno delle Aziende, oppure di reperire nuovi spazi sostitutivi in strutture non accreditate nonché di accordare l'utilizzazione di studi professionali privati, ivi compresi quelli per i quali è prevista l'autorizzazione all'esercizio dell'attività.

In data 18.10.2001 sulla Gazzetta Ufficiale è stato pubblicato il Decreto con il quale sono ripartite le risorse finanziarie destinate alla realizzazione delle strutture per l'intramoenia ai sensi dell'art.1 del D. Lgs. n. 254/2000. Alla regione Lazio

sono stati assegnati € 108.425.950,41 per la realizzazione di 50 interventi, in corso di completamento.

Gli interventi proposti dalle Aziende, e approvati dalla Regione Lazio, riguardano essenzialmente la creazione di spazi di attesa, ambulatori per le visite e sale per l'accoglimento di tecnologie sanitarie per effettuare esami diagnostici, e non sono finalizzati all'attivazione di posti letti univocamente dedicati quest'attività.

**D.LGS 254/2000 (ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA)**

	Azienda	Progetto	Importo
1	AUSL ROMA A	Presidio Via Lampedusa Attività ambulatoriale - Ristrutturazione e acquisto arredi e attrezzature	€ 1.202.000,00
2		Presidio di Via Tagliamento n.19 Attività ambulatoriale - Ristrutturazione e acquisto arredi e attrezzature	€ 981.268,11
3		Presidio di Via Luzzatti n.8 Attività ambulatoriale - Ristrutturazione e acquisto arredi e attrezzature	€ 2.521.811,42
4		Osp. Nuovo Regina Margherita Attività ricovero e ambulatoriale - Ristrutturazione e acquisto arredi e attrezzature	€ 927.556,59
5		Fornitura e posa in opera delle apparecchiature della sez. mammografica/ecografica ed esecuzione lavori (centro Senologia)	€ 361.519,83
6		Osp. San Giacomo in Augusta Attività ricovero e ambulatoriale - Ristrutturazione e acquisto arredi e attrezzature	€ 779.849,91
7	AUSL ROMA C	Completamento - Presidio Ospedaliero S. Eugenio	€ 3.098.741,39
8	AUSL ROMA D	Ristrutturazione e arredi - Presidio ospedaliero G.B. Grassi	€ 1.276.709,46
9	AUSL ROMA E	Lavori di realizzazione della struttura sanitaria per attività libero professionale intramuraria Ospedale S. spirito in Saxia	€ 1.659.722,30
10	AUSL ROMA F	Osp. di Civitavecchia	€ 1.851.188,11
11		Osp. di Bracciano	€ 468.167,41
12	AUSL ROMA G	Ristrutturazione e arredi - Osp. di Tivoli	€ 6.638.889,19
13	AUSL ROMA H	Ristrutturazione e arredi - PO. Anzio-Nettuno	€ 1.493.681,13
14		Ristrutturazione e arredi - PO Marino	€ 840.785,03
15		Ristrutturazione e arredi - PO Rocca Priora	€ 436.922,53
16		Ristrutturazione e arredi - PO Albano	€ 2.008.645,48
17		Ristrutturazione e arredi - PO Genzano	€ 1.278.809,25
18		Ristrutturazione e arredi - PO Ariccia	€ 446.891,00
19		Ristrutturazione e arredi - PO Pomezia	€ 2.732.453,89
20		Ristrutturazione e arredi - PO Villa Albani	€ 425.614,98
21	AUSL VITERBO	Ristrutturazione e arredi - Amb. Civita Castellana	€ 223.109,38
22		Ristrutturazione - Amb. Acquapendente	€ 148.739,59
23		Ristrutturazione e arredi - Amb. Ronciglione	€ 223.109,38
24		Ristrutturazione e arredi - Amb. Montefiascone	€ 148.739,59
25		Ristrutturazione e arredi - Amb. Belcolle	€ 743.697,93

Piano sanitario regionale 2010-2012

26		Ristrutturazione e arredi - PO Tarquinia	€ 2.510.397,86
27		Ristrutturazione e arredi - PO Civita Castellana	€ 2.324.056,05
28		Ristrutturazione e arredi - PO Acquapendente	€ 297.061,84
29	AUSL FROSINONE	Ristrutturazione e arredi - PO Sora	€ 100.126,80
30		Ristrutturazione e arredi - PO Alatri	€ 368.000,00
31	AUSL LATINA	Ristrutturazione e arredi - PO S M Goretti	€ 1.136.051,14
32		Ristrutturazione - PO Priverno	€ 413.165,52
33		Ristrutturazione - PO Terracina	€ 700.000,00
34		Ristrutturazione e arredi - PO Fondi	€ 600.000,00
35		Ristrutturazione e arredi - PO Minturno	€ 150.000,00
36		Ristrutturazione e arredi - Presidio Sabaudia	€ 150.000,00
37	AUSL RIETI	Manutenzione straordinaria - Distretto di Rieti viale Matteucci	€ 205.842,95
38		Due sale operatorie per il day surgery - Osp. S. Camillo de Lellis	€ 4.692.465,67
39	Azienda Policlinico Umberto I	Arredi e attrezzature - Policlinico Umberto I	€ 13.060.737,76
40	Azienda Policlinico Gemelli	Ristrutturazione e arredi - Policlinico Gemelli	€ 17.921.054,38
41	Azienda O. S. Camillo Forlanini	Ristrutturazione e arredi - Ospedale Forlanini	€ 12.767.094,59
42	Spallanzani	Ristrutturazione e arredi - Ospedale Spallanzani	€ 2.582.284,50
43	Azienda S. Filippo Neri	Ristrutturazione e arredi - Osp. S. Filippo Neri Piano terra corpo E	€ 1.829.950,22
44	Azienda C. O. S. Giovanni Addolorata	Appalto concorso per la fornitura in opera di attrezzature scientifiche e macchinari e per l'esecuzione dei lavori edili ed impiantistici complementari presso il corpo L - Santa Maria	€ 4.965.902,45
45		Sistema informativo integrato - Azienda S. Giovanni addolorata	€ 1.800.000,00
46		Potenziamento archivio digitale - Azienda S. Giovanni addolorata	€ 1.571.536,80
47		Appalto concorso per la fornitura di attrezzature per il potenziamento dell'attività chirurgica di elezione ordinaria e Day Surgery e potenziamento dell'attività chirurgica ambulatoriale presso il Calvary Hospital	€ 2.636.139,00
48		Appalto concorso per la fornitura di attrezzature scientifiche e macchinari per l'esecuzione dei lavori edili ed impiantistici complementari presso il Calvary Hospital per la sezione di radiodiagnostica per immagini	€ 2.088.560,00
49		Acquisto attrezzature - Osp. S. Giovanni	€ 636.900,00
	<b>TOTALE</b>		<b>€ 108.425.950,41</b>

**1.1.8 - HOSPICE L 39/99**

Con la legge n. 39 del 1999 il Ministro della Sanità, d'intesa con la conferenza permanente dei rapporti tra lo Stato, le

Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, ha adottato un programma su base nazionale per la realizzazione, in ciascuna regione e provincia autonoma ed in coerenza con gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale, di una o più strutture, ubicate nel territorio in modo da consentire un'agevole accessibilità da parte dei pazienti e delle loro famiglie, per l'assistenza al malato terminale, la somministrazione di cure palliative e l'applicazione di terapie per il sollievo del dolore.

Tale normativa permette la realizzazione di ambienti dedicati attraverso l'adeguamento e la riconversione di presidi inutilizzati, di proprietà di Aziende Sanitarie Locali o di Aziende Ospedaliere.

Allo stato attuale sono finanziate sei strutture per un totale di € 20.041.823,52 di onere finanziario.

<b>AZIENDE</b>		<b>Importi totali</b>
AUSL RM E	Riconversione pad. 22 del Complesso S. Maria della Pietà	€ 3.702.437,99
AUSL LT	Riconversione Ospedale Vecchio di Terracina	€ 2.576.380,61
AUSL FR	Riconversione parziale Ospedale di Isola Liri	€ 3.289.674,56
AUSL RI	Riconversione padiglione ex Ospedale di Rieti	€ 3.189.933,84
Spallanzani	Riconversione di padiglione presso IRCSS	€ 1.053.728,66
AUSL RM H	Riconversione ex Ospedale di Roccapriora	€ 2.988.247,80.
Gemelli	Ristrutturazione Villa Speranza	€ 3.241.420,06
<b>TOTALE</b>		<b>€ 20.041.823,52</b>

#### **1.1.9 - ART. 71 L. 488/98 AREE METROPOLITANE S. ANDREA E UMBERTO I**

L'art. 71 della legge 488/98 ha individuato alcuni interventi di riorganizzazione e riqualificazione dell'assistenza sanitaria da realizzarsi, specificamente, allo scopo di rafforzare l'offerta nei grandi centri urbani.

Su proposta del Ministero della Sanità, la Conferenza unificata Stato-Regioni, ai sensi dell'art. 8 del D.lgs. 28 agosto 1997, n. 281, ha assegnato le risorse per interventi, ritenuti prioritari, in presidi ubicati nelle Aree Metropolitane (così come definite ex L. 142/90 e s.m.i.), tenendo in particolare considerazione quelli situati nelle aree centro meridionali.

Gli interventi proposti intendono perseguire obiettivi di:

- standard di salute, qualità ed efficienza dei servizi così come indicato nel Piano Sanitario Nazionale;
- riqualificazione, riorganizzazione e miglioramento degli strumenti di coordinamento della rete dei servizi ai cittadini, anche attraverso la sperimentazione dei modelli gestionali;
- potenziamento qualitativo e quantitativo delle dotazioni sanitarie strutturali e tecnologiche, con particolare riguardo alle accessibilità, alla sicurezza ed alla umanizzazione dell'assistenza;
- riqualificazione delle strutture sanitarie;
- equa distribuzione dei servizi.

Sono attualmente impegnate risorse per € 208.287.067,40 sui presidi Sant'Andrea ed Umberto I, secondo la seguente ripartizione:



- Sant'Andrea: € 104.995.687,58 per la realizzazione degli interventi di seguito elencati:

<b>Interventi all'interno dell'Ospedale Sant'Andrea</b>	Importi
Lavori edili di ristrutturazione ed adeguamento normativo	€ 17.821.916,60
Acquisto attrezzature e arredi	€ 63.270.441,12
Implementazione Sistema informatico	€ 23.903.329,86
<b>TOTALE FINANZIAMENTO</b>	<b>€ 104.995.687,58</b>

- Umberto I: € 103.291.379,82 per la realizzazione del *Masterplan*, il Piano di Assetto Generale del Policlinico per il quale, al momento è stato approvato il programma degli interventi prioritari previsti ed il relativo piano di prefattibilità.

## 1.2 – FONDI STANZIATI CON LEGGI REGIONALI

### 1.2.1 – ARTICOLO 19 L.R. 27/2006: “ATTREZZATURE E STRUMENTAZIONI SANITARIE ED INFORMATICHE E ATTIVITÀ DI RICERCA”

Con l'articolo 19 (*“Attrezzature e strumentazioni sanitarie ed informatiche e attività di ricerca”*) della Legge regionale del 28 dicembre 2006 n. 27, la Regione Lazio provvede, con proprie risorse, alla realizzazione di un programma triennale straordinario di ammodernamento tecnologico del patrimonio delle aziende sanitarie e di sviluppo delle attività di ricerca degli istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) pubblici.

Gli investimenti possono riguardare: l'acquisto di attrezzature ad alta tecnologia, di apparecchiature elettromedicali, di attrezzature informatiche e del relativo *software*; l'esecuzione di lavori edili ed impiantistici necessari alla installazione delle attrezzature, ed infine la manutenzione programmata delle attrezzature, definita all'atto dell'acquisto.

Per le finalità di cui al suddetto articolo è stato istituito, nell'ambito dell'UPB H22, apposito capitolo denominato *“Programma straordinario di ammodernamento tecnologico del patrimonio delle aziende sanitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici”* sul quale sono stati stanziati finanziamenti in tre *tranche* per un importo complessivo, su tre anni, di circa 100 milioni di Euro.

Sulla base di un *budget* indicativo inviato dalla Regione, le aziende sanitarie e gli IRCCS presentano alla Regione entro il 30 ottobre dell'anno precedente il programma di investimenti che intendono attivare, indicando le priorità ed i tempi previsti per la realizzazione.

Le aziende sanitarie e gli IRCCS provvedono alla realizzazione degli interventi anche sulla base di criteri e modalità uniformi individuati dalla Regione.

Sul capitolo di spesa appositamente dedicato è stato definito, per l'anno 2007, lo stanziamento di 50 milioni di euro, per l'anno 2008 di 25 milioni di euro e per l'anno 2009 di ulteriori 25 milioni di euro.

### 1.2.2 – GLI ALTRI INVESTIMENTI REGIONALI: IL POTENZIAMENTO DELLA RETE DI HUB & SPOKE E I SERVIZI AL TERRITORIO

Oltre al filone di finanziamenti relativo all'acquisizione delle attrezzature sono in corso di realizzazione interventi di nuova costruzione, rinnovamento ed ammodernamento di strutture sanitarie interamente finanziati con fondi regionali per un ammontare complessivo di € 280.194.733,55.

A compendio di questo sforzo di ammodernamento e razionalizzazione dell'offerta sanitaria nel Lazio, è prevista anche la realizzazione di nuovi ospedali di dimensioni medio-grandi, in sostituzione di più strutture piccole ed obsolete, allo scopo di proseguire la necessaria riduzione di posti letto già avviata negli ultimi anni e di non concentrare attività simili in ospedali dello stesso polo

Allo stato attuale, sono stati già stanziati 120 milioni di Euro per il Nuovo Ospedale dei Castelli a Fontana di Papa, nel comune di Ariccia, il cui progetto preliminare è stato approvato con D.G.R. 1059 del 29/12/07. Il nuovo presidio permetterà di razionalizzare l'offerta sanitaria per acuti andando a sostituire i presidi di Albano, Ariccia e Genzano.

## **2 - LA COSTRUZIONE DI NUOVI OSPEDALI**

Tra gli obiettivi specifici del Piano di Rientro, particolare importanza riveste il punto 1.2.5, nel quale si definiscono le politiche di riorganizzazione della rete assistenziale basate sul modello ad *hub&spoke*, un sistema gerarchizzato per centri di riferimento e strutture satellite. Le relative D.G.R. che definiscono le linee guida e le linee attuative per la nuova definizione delle reti dell'assistenza e dell'emergenza-urgenza, stabiliscono di fatto i criteri di organizzazione dei futuri interventi sull'edilizia sanitaria, identificando i nodi di tipo *hub* e di tipo *spoke* e le possibili direttrici di messa in rete dei nodi stessi, dettando anche le direttive legate allo sviluppo delle attività sul territorio.

Particolare importanza, in quest'ottica, riveste la politica di dismissione di piccoli ospedali - destinati, salvo alcuni casi, ad essere riconvertiti in strutture che erogano servizi al territorio - i PTP - e l'accorpamento delle funzioni in Ospedali di maggiori dimensioni, in cui si accentrano le funzioni di assistenza per acuti articolando le alte specialità secondo livelli elevati di eccellenza, che si sostituiscono alla esistente duplicazione delle funzioni assistenziali di livello inferiore. L'ubicazione dei nuovi presidi, nel complesso, è in corso di studio, pur avendo già individuato almeno cinque luoghi nei quali l'operazione di riarrangiamento dell'offerta è necessaria, urgente ed imprescindibile:

- la zona dei Castelli Romani, nella quale sono presenti molte strutture tutte sottodimensionate rispetto al fabbisogno crescente dell'area di cui, peraltro, alcune obsolete e di difficile ammodernamento;
- l'area di Latina, nella quale l'Ospedale Santa Maria Goretti, benché sia in corso lo sviluppo del Pronto Soccorso in un DEA di II livello, non è in grado di fronteggiare la domanda di assistenza sanitaria e l'Ospedale di Formia è fortemente sottodimensionato rispetto alle esigenze;
- l'area di competenza della AUSL ROMA G che ha subito negli ultimi anni un enorme accrescimento della popolazione residente a fronte di strutture piuttosto vecchie e mal distribuite sul territorio;
- l'area della Provincia di Frosinone, nella quale si è reso necessario dismettere l'esistente Presidio Umberto I poiché ubicato in modo irrazionale - nel centro storico del capoluogo - e ormai non più in grado di accogliere tutte le funzioni di un moderno ospedale, e il Presidio di Anagni, che sarà realizzato in sostituzione del vecchio Ospedale locale, recentemente dismesso, e di quello poco distante da quest'ultimo, sito in Colleferro, al fine di ottimizzare l'offerta di assistenza ospedaliera all'interno del quadrante che si interpone fra la Provincia di Frosinone e la città di Roma.

## **2.1 NUOVO OSPEDALE DEI CASTELLI AD ARICCIA**

Il territorio della ASL RMH ha una popolazione di circa 500.000 abitanti ed è suddiviso in 6 distretti, cinque dei quali ospitano presidi ospedalieri a gestione diretta ubicati nei centri storici più importanti, lungo le grandi vie di collegamento con Roma, e localizzati molto vicino tra di loro.

Nel Distretto H2 insistono gli ospedali di Albano, Genzano e Ariccia collocati lungo un tratto di Via Appia di soli 6 Km. La stima del fabbisogno di posti letto nel Distretto indica per le discipline considerate dalla DGR 419/07 sui fabbisogni, registra un eccesso di posti letto esistenti (412 posti letto ordinari e 55 di day hospital) rispetto agli attesi (232 ordinari e 37 day hospital). Il sistema dei presidi ospedalieri si presenta quindi eccessivamente frammentato e dispersivo; inoltre, alcune strutture non garantiscono standard di sicurezza ottimali per l'assistenza ai pazienti acuti.

Ne consegue la necessità di procedere alla riorganizzazione della rete ospedaliera pubblica della ASL RMH che permetta l'accorpamento di reparti omologhi, la riqualificazione dell'offerta assistenziale, e un recupero di efficienza operativa e manageriale.

In questo quadro, il nuovo profilo funzionale prevede la riduzione dei poli ospedalieri riaggregando gli ospedali a gestione diretta per afferenza territoriale e geografica, con separazione tra le funzioni di emergenza, elezione e riabilitazione.

Il polo ospedaliero H2, in particolare, sarà caratterizzato dal Nuovo Ospedale dei Castelli a Fontana di Papa, nel comune di Ariccia, il cui studio progetto preliminare è stato già approvato con DGR 1059 del 29/12/07 e con successiva determinazione. Il nuovo presidio permetterà di proseguire la necessaria riduzione di posti letto già avviata negli ultimi anni e di non concentrare attività simili in ospedali dello stesso polo. Il nuovo ospedale multispecialistico sostituirà i presidi di Albano, Ariccia e Genzano.

## **2.2 NUOVO OSPEDALE DI FROSINONE**

Per l'attivazione del Nuovo Ospedale di Frosinone, in corso di ultimazione e finanziato con i fondi dell'art. 20, I e II fase, è stata prevista una integrazione con fondi regionali per un importo pari a 10 milioni di Euro finalizzati, all'acquisto di alcune attrezzature sanitarie nuove e al trasferimento dei macchinari sanitari dal vecchio Ospedale in via di dismissione, poiché, in prima istanza tali fondi avrebbero dovuto essere reperiti dalla vendita del vecchio presidio, vendita che al momento non ha avuto esito.

Con DGR 788 del 22.10.2009 è stato quindi assegnato un finanziamento all'ASL Frosinone per l'attivazione della nuova Struttura Ospedaliera in via Armando Fabi, finalizzato all'acquisizione di nuove attrezzature ed al trasferimento di attrezzature provenienti dal Vecchio Presidio Umberto I, situato nel centro storico, obsoleto e difficilmente raggiungibile, ma al momento funzionante e quindi dotato di strumenti e mezzi idonei ad essere utilizzati anche presso la nuova sede.

## **2.3 - NUOVO OSPEDALE DEL GOLFO A FORMIA**

L'ASL di Latina ha indetto un bando europeo di concorso per la progettazione e la realizzazione del Nuovo Ospedale del Golfo nel Comune di Formia. Il nuovo ospedale accorperà gli stabilimenti di Formia, Gaeta e Minturno, integrandone le funzioni, e sarà dotato di circa 400 posti letto.

Per finanziare la costruzione del nuovo Ospedale, e garantire tempi brevi di realizzazione e attivazione, dato che la procedura di definizione dell'area e dei modi di realizzazione è già focalizzata, si prevede di anticipare la IV fase di finanziamenti, stralciando dal piano di messa a punto degli interventi da inserire nell'accordo di programma i fondi necessari alla realizzazione di questo nuovo presidio che consentirebbe di razionalizzare l'offerta di Sanità nel territorio della ASL di Latina. Per quanto riguarda il procedimento attuativo, è in corso di espletamento la gara di progettazione che porterà l'Azienda USL di Latina a presentare in Regione Lazio, il progetto preliminare.

In attesa della costruzione del nuovo ospedale, che non potrà essere completato prima di cinque anni, sono stati nel frattempo programmati interventi di potenziamento dell'assistenza in emergenza e di adeguamento tecnologico per l'ospedale di Formia.

#### **2.4- NUOVO OSPEDALE DELLA VALLE DEL TEVERE A MONTEROTONDO**

Nella ASL Roma G si è avviato, negli anni scorsi, un forte processo di riorganizzazione dell'offerta sanitaria, con la riconversione delle due strutture di Valmontone e Palombara, in Presidi Territoriali di Prossimità. Contestualmente, sono stati avviati i lavori di ampliamento dell'ospedale di Palestrina a cui si è affiancata la trasformazione di Zagarolo in presidio ambulatoriale e *day hospital* per l'assistenza.

Nella IV fase, nell'ottica del completamento della riconversione iniziata, si dovrà individuare il percorso per la realizzazione dell'Ospedale Della Valle del Tevere a Monterotondo, che oltre a consentire la chiusura del vecchio Ospedale SS Gonfalone, permetterebbe anche di potere riconvertire in RSA e PTP l'Ospedale di Magliano Sabina.

La struttura è "strategica" per la regione, poiché si colloca in un'area di agevole accessibilità, grazie anche al nuovo casello autostradale e all'ampliamento della Salaria, previsti nei piani della viabilità. Sono previsti 250 posti letto e si conta di realizzarlo in tempi brevi, essendo l'area di sedime già individuata e disponibile.

#### **2.5 - NUOVO OSPEDALE DI ANAGNI**

Dopo gli interventi di riorganizzazione del vecchio presidio, posti in essere nel corso del 2009, è in via di programmazione l'iter dei processi amministrativi che nel più breve tempo possibile daranno inizio all'iter di realizzazione del nuovo ospedale di Anagni che si presenta come l'opportunità di ottimizzare al meglio l'offerta ospedaliera sull'asse autostradale Roma – Napoli, nel quadrante, in forte sviluppo demografico, che interpone tra la Provincia di Frosinone e la città di Roma, che comporterà la chiusura, successivamente alla attivazione del nuovo Ospedale, dei presidi esistenti di Anagni e di Colferro. Al momento non sono stati ancora stanziati i fondi per la realizzazione del Nuovo polo ospedaliero, ma si conta di finanziare anch'esso con le risorse provenienti dalla IV fase dell'art. 20.

#### **2.6 - OSPEDALE DI BELCOLLE: SISTEMAZIONE DEFINITIVA DEL PRESIDIO E DELLE PARTI ESTERNE**

A differenza della media regionale di posti letto nel Lazio, la Provincia di Viterbo, registra carenze rispetto al fabbisogno, con un difetto di circa 100 posti letto ordinari per acuti. I problemi da affrontare, al fine di equilibrare l'offerta sanitaria complessiva del viterbese, riguardano, pertanto, da un lato una generale vetustà di alcune strutture, dall'altro l'improrogabile e stringente esigenza di giungere al completamento dell'Ospedale di Belcolle, che da circa venti anni presenta un'ala dello stabile allo stato di rustico.

Rispetto alla vetustà, sono in fase avanzata gli interventi di manutenzione straordinaria e modernizzazione strutturale e tecnologica a Tarquinia, Civitacastellana e Acquapendente. Per quanto riguarda il Presidio Ospedaliero di Belcolle a Viterbo, la ASL ha predisposto un progetto di adeguamento e completamento della struttura che sarà portato avanti con i fondi della quarta fase dell'articolo 20. I fondi statali serviranno anche alla messa a punto dell'eliporto, alla conclusione delle sistemazioni esterne nonché all'acquisto delle tecnologie necessarie alla completa attivazione della struttura, così da realizzare, in tempi brevi e con uno sforzo economico organico ed unitario, il definitivo assetto dell'Ospedale che ancora oggi si presenta incompiuto.

### **3 - IL POTENZIAMENTO DELLE STRUTTURE SUL TERRITORIO**

Nella convinzione, ormai diffusa a livello europeo, che sia esaurita la spinta ad individuare nell'ospedale l'unico strumento di presidio sanitario del territorio, si è ritenuto necessario realizzare strutture sanitarie territoriali che superino la polverizzazione delle strutture ambulatoriali esistenti e che consentano una reale ed efficace accessibilità anche attraverso una maggiore continuità dell'offerta nell'arco delle 24 ore realizzando, in tal modo, un efficace filtro nei confronti dell'Ospedale.

Sono stati pertanto previsti un insieme di interventi che dovranno essere in grado non solo di costituire il suddetto filtro, ma anche di assicurare la gestione di tutte le procedure amministrative degli assistiti, dell'attività amministrativa di Distretto, dei servizi di assistenza sanitaria territoriale, dell'assistenza sanitaria di base, delle consulenze specialistiche e dei servizi sociosanitari.

La riqualificazione dell'assistenza distrettuale si pone i seguenti obiettivi:

- l'integrazione dei processi di cura e la continuità assistenziale tra i diversi centri di offerta, in particolare tra ospedale e territorio;
- lo sviluppo di risposte integrate sociosanitarie, tenuto conto della crescente domanda di assistenza da parte di persone e famiglie con bisogni complessi;
- la distribuzione omogenea nel territorio dei servizi;
- la riqualificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti non autosufficienti attraverso la promozione di un sistema integrato di servizi sociali e sanitari articolato in diversi livelli di intervento, differenziati per complessità e durata dell'assistenza.

**I Presidi territoriali di prossimità (PTP)** andranno a costituire, sul lungo termine, uno degli snodi più importanti sul territorio per la presa in carico del paziente successivamente e al di fuori del percorso ospedaliero.

La tipologia di assistenza erogata in queste strutture a vocazione multifunzionale e a gestione multi professionale, possiede caratteristiche intermedie tra il ricovero ospedaliero e le altre risposte assistenziali domiciliari (ADI) o residenziali (RSA) alle quali non si pone in alternativa, ma piuttosto in un rapporto di forte integrazione e collaborazione, rappresentando il nodo fondamentale della rete di assistenza territoriale.

I PTP devono essere conformati, in termini strutturali, secondo un sistema di spazi integrati in grado di erogare un'offerta di servizi polivalente e integrata di assistenza primaria, atta a garantire la prevenzione, la diagnosi ed i necessari

trattamenti, nonché ad alleggerire gli ospedali attraverso la valorizzazione ed il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale di figure professionali mediche specialistiche ed infermieristiche, presenti in loco 24 ore su 24 e che lavorano, in termini di tempi di erogazione delle prestazioni, come nei presidi di Pronto Soccorso senza occuparsi però dell'emergenza.

Offrono un servizio di infermieri "*case manager*", che possono definirsi come professionisti specializzati referenti unici del paziente nel suo percorso assistenziale che, in collaborazione con i diversi medici, orientano e coordinano gli interventi sulla base di quanto definito nel piano di assistenza.

La realizzazione dei presidi destinati a svolgere funzioni di PTP sarà effettuata sia attraverso l'utilizzo di strutture ospedaliere di piccola dimensione non più in uso e/o in via di riconversione, sia attraverso l'acquisto di strutture valutate idonee per consistenza, dimensione e ubicazione - in linea con quanto previsto dal Piano di Rientro punto 1.2.1a - che prevede la "riconversione/chiusura di ospedali per acuti e cliniche di piccole dimensioni, con bassi volumi di attività, in poliambulatori, RSA, presidi territoriali di prossimità, per il raggiungimento dello standard di 3,3 posti letto per mille abitanti. In alcuni casi, laddove non sono presenti spazi idonei da convertire saranno previsti interventi di nuova costruzione.

Il processo di riqualificazione e conversione tipologica delle strutture esistenti è mirato a superare le criticità emerse dall'analisi della rete attualmente funzionante, con particolare riferimento a:

- la scarsa definizione delle tipologie residenziali ;
- la eccessiva differenziazione dei livelli qualitativi delle prestazioni;
- la indeterminatezza dei percorsi e dei processi di erogazione;
- la distribuzione non equilibrata sul territorio regionale delle strutture erogatrici.

Attualmente l'offerta complessiva di servizi sul territorio appare senza dubbio inadeguata, sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo, e caratterizzata da bassi livelli di appropriatezza, e non di meno da una distribuzione non equilibrata sul territorio regionale.

La normativa regionale di riferimento, ed in particolare la DGR 420/07 ed il Piano di Rientro, attribuiscono un ruolo centrale allo sviluppo delle attività territoriali, con l'obiettivo strategico di permettere ai cittadini di trovare risposte ai propri bisogni di salute prioritariamente nel territorio di appartenenza nel quale si realizza concretamente l'integrazione dei processi di cura e la continuità assistenziale tra i diversi centri di offerta, in particolare tra ospedale e territorio.

Il raggiungimento di tale obiettivo deve avvenire contestualmente al progressivo ridimensionamento dell'assistenza ospedaliera tradizionale, accompagnando, e rendendo possibile, la riduzione di posti letto ospedalieri per acuti e il tasso di ospedalizzazione, coerentemente con le disposizioni normative nazionali e regionali.

Per tali motivazioni la pianificazione degli interventi futuri riserva particolare attenzione alla riorganizzazione e al potenziamento dell'area dell'assistenza distrettuale che comprende tutte le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione erogate in regime domiciliare, ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale, definendo un ulteriore sforzo finanziario, con fondi regionali, oltre quello relativo alla terza fase dei finanziamenti statali, per la messa a punto dell'offerta sul territorio.

Come già specificato, il luogo privilegiato della trasformazione dell'offerta di prestazioni sanitarie sul territorio, deputato a farsi carico delle esigenze assistenziali che ora afferiscono alle strutture di pronto soccorso deve essere il *Distretto*, inteso come luogo fisico nel quale converge tutta l'offerta sanitaria che non rivesta carattere di emergenza - pur essendo erogata 24 ore su 24. Un unico polo specialistico che offre servizi omogenei alla collettività. Il Distretto è anche la sede dove si realizza l'integrazione tra servizi sociali e servizi sanitari.

### **3.1 - GLI INTERVENTI**

Per la ubicazione geografica dei nuovi presidi territoriali si sono seguite due linee guida: la prima prevede di collocare i servizi al territorio nello stesso luogo fisico dell'Ospedale, laddove l'ubicazione dell'ospedale sia agevole e consenta l'inserimento dei nuovi spazi previsti, l'altra, invece, si propone di ubicare gli interventi in punti centrali, e facilmente raggiungibili, dell'insediamento urbano da servire.

La linea progettuale che si propone di collocare i servizi al territorio all'interno del presidio ospedaliero nasce da esigenze di tipo contingente: l'ospedale infatti è luogo già noto alla popolazione, è spesso collegato meglio di qualsiasi altra area all'interno del quartiere di riferimento ed è sede di servizi di natura amministrativa che si possono integrare con il Distretto territoriale.

L'altra linea guida adottata è quella di ubicare gli insediamenti in un punto nevralgico dell'area della AUSL in relazione ai flussi di utenza e alla struttura dell'insediamento. Essa mutua sempre da esigenze contingenti, ma di altra natura: individuazione di punti centrali ben serviti dai mezzi pubblici, collocazione in luoghi geograficamente "complementari" rispetto all'Ospedale, in forte espansione demografica ma lontani dall'offerta ospedaliera.

La scelta di localizzazioni baricentriche deriva dalla esigenza di garantire una offerta capillare di sanità sul territorio, in particolare laddove si registra un forte sottodimensionamento dell'assistenza sanitaria. Il territorio più carente di strutture ospedaliere e servizi territoriali è quello a nord di Roma che ricade sotto la giurisdizione della ASL RM F. In tale zone, in particolare, sono sottodimensionati sia gli ospedali, sia i servizi al territorio, erogati da due soli poliambulatori.

Viceversa, lo spostamento della popolazione romana verso l'hinterland ha interessato particolarmente le zone a Nord della capitale, sia verso il mare che nell'entroterra perciò diviene stringente l'esigenza non solo di potenziare gli ospedali presenti ma anche di prevedere nuovi e più articolati presidi territoriali. A questo scopo si è privilegiata la scelta di allocare le nuove strutture, spesso attraverso la costruzione *ex novo* di manufatti edilizi, in aree che hanno subito notevoli, e talvolta imprevisi, mutamenti demografici e sociali a cui non si è data ancora risposta in termini di offerta di salute.

Poco più a sud, nei territori afferenti alla AUSL RM G il mutamento socio-demografico è stato ancora più spinto e ha portato alla formazione in tempi veloci di un impianto urbano intensivo e compatto che rende urgente, ma complesso, l'inserimento di luoghi della salute. La difficoltà risiede nella morfologia del tessuto che non consente grandi margini di scelta per la collocazione di nuovi presidi.

Complessivamente, nel formulare le proposte di riconversione per le strutture ospedaliere da disattivare si è tenuto conto principalmente dei seguenti elementi:

- stato dell'offerta e fabbisogno per le tipologie assistenziali destinatarie delle riconversioni secondo i decreti commissariali;
- analisi dei dati di attività negli ospedali da riconvertire.

Di seguito sono riportate le proposte di riconversione per le strutture ospedaliere da disattivare e le nuove costruzioni previste, schematizzate nella tabella riepilogativa per ASL e per struttura.

<b>Piano di realizzazione di Presidi Territoriali di Prossimità: nuova costruzione e riconversione delle strutture per servizi al territorio</b>		
<b>AZIENDA USL</b>	<b>INTERVENTO</b>	<b>IMPORTO</b>
<b>RMA</b>	Distretto I: Riconversione del Presidio San Giacomo in servizi al territorio	€ 10.000.000,00
<b>RMA</b>	Distretto I: Riconversione di due livelli dell'Ospedale per attività territoriali	€ 7.000.000,00
<b>RMB</b>	Distretto B2: Presidio Territoriale presso il poliambulatorio di via Bresadola	€ 435.000,00
<b>RMB</b>	Distretto B4: Presidio Territoriale presso il poliambulatorio di via Antistio	€ 230.000,00
<b>RMB</b>	Realizzazione di un Presidio Territoriale in via di Tor Tre Teste completo di arredi e attrezzature - nuova costruzione	€ 5.600.000,00
<b>RMC</b>	Distretto 12: Realizzazione di un Presidio Territoriale presso il S. Eugenio – lavori di ristrutturazione;	€ 2.021.876,00
<b>RMC</b>	Distretto 11: Realizzazione di un Presidio Territoriale presso il CTO – lavori di ristrutturazione	€ 1.506.546,00
<b>RMD</b>	Distretto D2: Presidio Territoriale di Ostia presso l'Ospedale Grassi	€ 3.000.000,00
<b>RMD</b>	Distretto D2: Realizzazione di un Presidio Territoriale in Piazza Botero, completo di arredi e attrezzature - nuova costruzione	€ 5.800.000,00
<b>RME</b>	Distretto 19: Realizzazione di un Presidio Territoriale in via di Boccea, 271, completo di arredi e attrezzature - nuova costruzione	€ 5.000.000,00
<b>RME</b>	Distretto 17: Riconversione dei posti letto presso l'Ospedale Oftalmico	
<b>RMF</b>	Distretto F4: Presidio Territoriale di Campagnano	€ 685.000,00
<b>RMF</b>	Distretto F2: Presidio Territoriale di Ladispoli	€ 900.000,00
<b>RMG</b>	Distretto G1: Presidio Territoriale di Palombara Sabina	€ 750.000,00
<b>RMG</b>	Distretto G4: Presidio Territoriale presso l'Ospedale di Subiaco	€ 650.000,00
<b>RMG</b>	Distretto G5: Presidio Territoriale presso l'Ex-Ospedale di Zagarolo	€ 400.000,00
<b>RMH</b>	Distretto H1: Presidio Territoriale presso l'Ospedale di Rocca Priora	€ 450.000,00
<b>RMH</b>	Distretto H2: Presidio Territoriale presso l'Ex-Ospedale Spolverini di Ariccia	€ 450.000,00
<b>RMH</b>	Distretto H3: Presidio Territoriale presso l'Ospedale di Marino	€ 300.000,00
<b>FROSINONE</b>	Distretto FRC: Presidio Territoriale presso l'Ospedale di Atina	€ 350.000,00



<b>FROSINONE</b>	Distretto FRC: Presidio Territoriale presso l'Ex - Ospedale Civile di Ceccano	€ 700.000,00
<b>LATINA</b>	Distretto AC: Presidio Territoriale presso il Poliambulatorio di Aprilia	€ 800.000,00
<b>LATINA</b>	Distretto AC: Presidio Territoriale presso l'Ospedale di Cori	€ 700.000,00
<b>LATINA</b>	Distretto LT: Presidio Territoriale presso l'Ospedale di Priverno	€ 1.100.000,00
<b>LATINA</b>	Distretto ML: Presidio Territoriale presso l'Ospedale di Sezze.	€ 500.000,00
<b>LATINA</b>	Distretto FG: Presidio Territoriale presso l'Ospedale di Minturno	€ 1.000.000,00
<b>VITERBO</b>	Distretto VT1: Presidio Territoriale presso l'Ospedale di Montefiascone	€ 500.000,00
<b>VITERBO</b>	Distretto VT2: Presidio Territoriale presso l'Ospedale di Montalto	€ 350.000,00
<b>VITERBO</b>	Distretto VT3: Presidio Territoriale presso l'Ospedale di Acquapendente	€ 700.000,00
<b>RIETI</b>	Distretto RI2: Presidio Territoriale presso l'Ospedale di Poggio Mirteto	€ 220.000,00
<b>RIETI</b>	Distretto RI2: Presidio Territoriale presso l'Ospedale di Magliano Sabina	€ 1.540.000,00
<b>RIETI</b>	Distretto RI5: Presidio Territoriale presso l'Ospedale di Amatrice	€ 1.575.000,00
	<b>TOTALE</b>	<b>€ 55.213.422,00</b>

#### IN CONCLUSIONE

Gli interventi pianificati sia nella III e IV fase sia attraverso l'impegno diretto di risorse regionali, tracciano il percorso logico, a lungo termine, che avrà come obiettivo finale il riequilibrio e la riqualificazione della rete ospedaliera unitamente al potenziamento delle strutture intermedie e territoriali declinando i diversi e complessi aspetti del cambiamento dell'offerta sanitaria necessario a fronteggiare il profondo mutamento della domanda di assistenza sanitaria ormai già in atto.

Un intervento di questa portata non ha precedenti nella storia della sanità della regione e pertanto presenta numerose difficoltà. Fra queste la principale è l'attribuzione del giusto peso all'insieme globale di effetti sul territorio del Lazio e sull'offerta di assistenza nel corso delle successive fasi di questo complesso cambiamento. Ma l'obiettivo finale del cambiamento è quello di rispondere meglio, e al meglio, ai bisogni di salute della popolazione rispetto all'attuale assetto ed è dunque di fondamentale importanza cogliere la grande opportunità di cambiare la struttura dell'assistenza in senso più moderno, più efficiente ed efficace, perseguendo quegli obiettivi di economicità ed ottimizzazione delle risorse che le condizioni economico finanziarie della Regione Lazio impongono di realizzare quanto prima.

Le scelte pianificate si propongono, nell'ambito del ridimensionamento dell'offerta di cure ospedaliere, di massimizzare gli effetti di miglioramento del servizio ai cittadini. La redistribuzione e il riarrangiamento delle strutture sanitarie va accompagnata da altre azioni non solo strutturali, ma anche logistico-organizzative, come la ridefinizione e la messa a regime delle reti dell'emergenza e delle alte specialità secondo un sistema gerarchico, ma anche l'estensione e l'attivazione funzionale di altre reti, fra cui valore preponderante assume quella oncologica.

Contestualmente si intende affrontare il percorso di potenziamento delle cure intermedie non solo con le riconversioni delle strutture ospedaliere, ma anche attraverso la programmazione di una sistema di strutture dislocate su tutto il

territorio regionale, in grado di dare risposte appropriate a bisogni sanitari che precedentemente trovavano sbocco esclusivamente nell'ambito ospedaliero. Tale ambizioso obiettivo verrà perfezionato con un inquadramento di carattere organizzativo, imposto sia dalla radicale trasformazione programmata sia dall'obiettiva importanza di queste strutture nella gestione della cronicità.

Solo così il quadro potrà essere completato e la struttura dell'offerta sanitaria del Lazio e la sua organizzazione saranno messe a punto in modo organico e compiuto.

## 5. Riabilitazione e lungodegenza post acuzie ospedaliere

Le norme, i principi e i criteri diretti ad affrontare questo grande e complesso capitolo si sono svolti in Italia lungo un percorso che è necessario descrivere perché, diversamente dal ricovero ospedaliero per acuti, affronta problemi, quali le disabilità, che sono tuttora non sufficientemente definiti e richiedono generalmente l'integrazione tra i servizi sanitari e quelli sociali, cioè un campo che è fonte di grande difficoltà, e non solo in Italia.

Le prime iniziative al riguardo si trovano nella legge 132 del 1968, cioè la riforma ospedaliera che trasforma gli ospedali da istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza in enti pubblici, e nei conseguenti decreti delegati del marzo 1969 che istituiscono il "servizio di recupero e rieducazione funzionale, unico per tutte le specialità dell'ospedale" negli ospedali regionali e negli ospedali specializzati ortopedico-traumatologici geriatrici e di riabilitazione funzionale.

Con la legge 23 dicembre 1978, n.833, che istituisce il SSN, l'articolo 26 definisce le "prestazioni di riabilitazione", stabilendo che le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali, dipendenti da qualunque causa, sono erogate dalla Unità sanitaria locale attraverso i propri servizi o, quando non sia in grado di provvedere direttamente, mediante istituti aventi i requisiti indicati dalla legge .

Da notare, al riguardo, che essendo stati aboliti gli enti ospedalieri di cui alla legge 132 del 1968, le Unità sanitarie locali (USL) potevano contare sui servizi ospedalieri precedentemente costituiti ed ora divenuti "stabilimenti ospedalieri" delle USL, e al tempo stesso erano in grado di controllare le attività del territorio attraverso la loro articolazione in distretti sanitari di base" quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento".

Inoltre, la legge stabiliva che nel SSN si assicurava il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività.

A dare un contributo medico-sociale al problema della riabilitazione nel 1980 interviene la Organizzazione Mondiale della Sanità con la "International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps", che viene utilizzata nei venti anni successivi dando la preminenza alla disabilità quale limitazione che deriva da una minorazione, cioè al così detto modello medico.

In Italia, la legge 595 del 1985 incide significativamente su questi problemi attraverso le seguenti disposizioni del tutto nuove per il SSN:

- a) la dotazione media dei posti letto nell'ambito della Regione e Provincia autonoma è stabilita in 6,5 per mille abitanti, di cui almeno l'1 per mille riservato alla riabilitazione;
- b) la istituzione dei progetti-obiettivo, quale aggregazione di attività sanitarie e socio assistenziali, finanziati in parte dalla sanità e in parte dagli enti locali, tra i quali è compresa la "prevenzione degli handicap, la riabilitazione e la socializzazione dei disabili fisici, psichici e sensoriali";
- c) le indicazioni per la istituzione dei "presidi e servizi di alta specialità", quali attività di diagnosi, cura e riabilitazione che richiedono particolare impegno di qualificazione, mezzi, attrezzature e personale specificamente formato, indicandone quali sedi preferenziali i presidi ospedalieri multizonali (che secondo l'art.42 della legge 833 del 1978 comprendono gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico) e i policlinici universitari.

A seguito di quest'ultima disposizione, il Decreto Ministeriale 29 gennaio 1992 individua le alte specialità, e i requisiti necessari per esercitarle e tra queste comprende la neuroriabilitazione e indica le sedi di tali attività presso i presidi ospedalieri multizonali, che comprendono gli IRCCS e i policlinici universitari.

A pochi giorni di distanza il 5 febbraio 1992, viene promulgata la legge n.104, cioè la Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.

Nella legge si dichiara che "è persona handicappata colui che presenta una minorazione fisica, psichica e sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione".

Si precisa, inoltre, che, "qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario l'intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quello di relazione la situazione assume connotazione di gravità" e che "le situazioni riconosciute di gravità determinano priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici". La legge 104/1992 stabilisce anche "i principi generali per i diritti della persona handicappata", tra i quali rientrano:

- a) lo sviluppo della ricerca scientifica genetica, biomedica, psicopedagogica, sociale e tecnologica;
- b) la prevenzione, diagnosi e terapia prenatale precoce delle minorazioni e la ricerca sistematica delle loro cause;
- c) l'assicurazione alla famiglia della persona con handicap di una informazione di carattere sanitario e sociale per facilitare la comprensione dell'evento, unitamente alla garanzia, per il disabile e la sua famiglia, di un adeguato sostegno psicologico e psicopedagogico, nonché di servizi di aiuto personale o familiare e di strumenti e sussidi tecnici.

Per quanto riguarda la cura e la riabilitazione delle persone handicappate che prevedono programmi integrati di prestazioni sanitarie e sociali, la legge 104 precisa che a ciò provvede il SSN, tramite le strutture proprie e convenzionate, mentre per gli "interventi a favore di persone con handicap in situazioni di gravità" afferma che i comuni, anche consorziati, "possono realizzare con le proprie risorse di bilancio comunità-alloggio e centri socio riabilitativi".

In conclusione, la legge 104 del 1992 ha stabilito principi e criteri di grande rilevanza, ma non ha fornito elementi conoscitivi sulle tipologie, e le relative dimensioni numeriche, dei soggetti disabili.

In seguito ad un accordo tra lo Stato e le Regioni, il 7 maggio 1998 sono state formalizzate le "linee-guida del Ministero della sanità per le attività di riabilitazione" che, partendo dalla già ricordata classificazione dell'OMS del 1980 e dai principi stabiliti dalla legge 104 del 1992, distinguono:

- le attività sanitarie di riabilitazione, quali interventi valutativi, diagnostici, terapeutici e le altre procedure finalizzate a portare il soggetto affetto da menomazioni a contenere e minimizzare la sua disabilità, ed il soggetto disabile a muoversi, camminare, parlare, vestirsi, mangiare, comunicare e relazionarsi efficacemente nel proprio ambiente familiare, lavorativo, scolastico e sociale;
- le attività di riabilitazione sociale, quali azioni ed interventi finalizzati a garantire al disabile la massima partecipazione possibile alla vita sociale, con la minore restrizione possibile delle sue scelte operative, indipendentemente dalla gravità delle menomazioni e delle disabilità irreversibili, al fine di contenere la condizione di handicap.

Per quanto riguarda le fasi dell'intervento riabilitativo, si individuano:

- a) la fase sub-acuta, che fa parte dell'evento acuto con lo scopo di prevenire il danno secondario e le conseguenti menomazioni;
- b) la fase intensiva dell'immediata post-acuzie;
- c) la fase estensiva o intermedia, che completa il progetto di riabilitazione con modalità diverse in rapporto alla natura e tipologia delle minorazioni e della disabilità;
- d) la fase di mantenimento e/o di prevenzione della progressione della disabilità con diverse tipologie di interventi riabilitativi abitualmente integrati con l'attivazione di riabilitazione sociale.

Circa la tipologia degli interventi, si differenziano:

1°) attività di riabilitazione intensiva, diretta al recupero di disabilità insorgenti, modificabili, che richiedono un elevato impegno diagnostico medico specialistico ad indirizzo riabilitativo e terapeutico in termini di complessità e/o durata dell'intervento, con cicli riabilitativi di norma contenuti entro 120 giorni, rivolti al trattamento:

- a) di patologie complesse che richiedono la permanenza in ambiente riabilitativo dedicato specialistico e l'interazione con altre discipline specialistiche;
- b) delle menomazioni più gravi e delle disabilità più complesse, nonché di quelle connesse con forme di patologie rare per il cui trattamento si richiede l'acquisizione di una adeguata esperienza o l'utilizzo di attrezzature particolarmente complesse, di avanzata tecnologia e l'integrazione con altre branche altamente specialistiche;

2°) attività di riabilitazione estensiva o intermedia rivolta al trattamento di:

- a) disabilità transitorie e/o minimali;
- b) disabilità importanti con possibili esiti permanenti, spesso multiple, che richiedono cicli riabilitativi di norma contenuti entro 240 giorni, fatta eccezione per i pazienti affetti da gravi patologie a carattere involutivo (sclerosi multipla, distrofia muscolare, sclerosi laterale amiotrofica, malati di alzheimer, alcune patologie congenite su base genetica), con gravi danni cerebrali o disturbi psichici, i pluriminorati anche sensoriali, per i quali il progetto riabilitativo può estendersi anche oltre senza limitazioni.

Dal punto di vista organizzativo, gli interventi di riabilitazione intensiva sono erogati presso:

- a) presidi ospedalieri plurispecialistici o monospecialistici ove siano già presenti funzioni di ricovero e cura ad alta intensità diagnostica ed assistenziale in grado di garantire la presa in carico multicomprendiva di individui di tutte le età nel recupero funzionale di menomazioni e disabilità recuperabili che richiedono una tutela medica specialistica riabilitativa ed interventi di nursing non erogabili in forma extra ospedaliera, nonché interventi valutativi e terapeutici intensivi.

Le attività di riabilitazione ospedaliera sono prevalentemente effettuate nelle U.O. di recupero e riabilitazione funzionale e di alta specialità in particolare neuroriabilitativa, in regime di ricovero ordinario o in regime di day hospital;

- b) presidi di riabilitazione extraospedaliera a ciclo diurno e/o continuativo destinati alla presa in carico multicomprendivo di individui di tutte le età per il recupero funzionale di menomazioni e disabilità che richiedono interventi riabilitativi di tipo valutativo e terapeutico intensivo, quale completamento del percorso riabilitativo

avviato, in fase acuta, in sede ospedaliera, nonché per la definizione del piano integrato di trattamento individuale per soggetti affetti da disabilità congenite e comunque non conseguenti ad eventi patologici acuti.

I presidi suddetti possono anche svolgere funzioni di tipo estensivo per il completamento del processo di recupero.

Le attività di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione che richiedono particolare impegno di qualificazione, mezzi, attrezzature e personale sono erogate presso presidi di alta specialità secondo quanto stabilito dal D.M. 25.01.1992, quindi presso presidi ospedalieri multizonali che comprendono gli IRCCS e i policlinici universitari quali centri di riferimento per lo svolgimento delle seguenti funzioni:

- la predisposizione dei protocolli operativi per la acquisizione dei dati epidemiologici relativi alle malattie invalidanti a livello provinciale e regionale;
- la promozione di ricerche cliniche ed esperienze controllate verso le nuove tecniche riabilitative.
- la predisposizione di protocolli valutativi e terapeutici di base per la omogeneizzazione e l'elevazione degli standard di trattamento in relazione alle più comuni disabilità;
- la formazione e l'aggiornamento professionale degli operatori;
- l'offerta di consulenza tecnica per la costruzione e la sperimentazione di ausili, protesi e ortesi;
- la prescrizione, il collaudo e l'adattamento, nella fase del trattamento, degli ausili, protesi ed ortesi;

Le linee-guida in argomento, a titolo indicativo e fatta salva l'autonomia delle Regioni nel definire i contenuti e le procedure di accreditamento, nonché la loro allocazione sul territorio, indicano i seguenti modelli di attività di alta specialità riabilitativa:

- a) Unità Spinali Unipolari, collocate all'interno di ospedali sedi di D.E.A. di II livello, per l'assistenza dei soggetti con lesioni midollari di origine traumatica e non sin dal momento dell'evento. Deve essere garantito un accordo con le AUSL per la presa in carico nel territorio delle persone con lesione midollare;
- b) Unità per le gravi cerebrolesioni acquisite e i gravi traumi cranio-encefalici, la presa in carico di pazienti affetti da esiti di grave cerebrolesione (di origine traumatica o di altra natura) e/o caratterizzate nella evoluzione clinica da un periodo di coma più o meno protratto e dal coesistere di gravi menomazioni comportamentali, che determinano disabilità multiple e complesse, e che necessitano di interventi valutativi e terapeutici non realizzabili presso altre strutture che erogano interventi di riabilitazione intensiva.

Tale Unità che, deve essere collocata presso ospedali che sono sedi di D.E.A. di II livello, coordina il proprio intervento con i servizi di riabilitazione estensiva o intermedia e intensiva per il ritorno del disabile nel proprio territorio dove si completa il processo riabilitativo secondo protocolli ben definiti tra l'Unità ospedaliera e i servizi del territorio.

- c) Unità per le disabilità gravi in età evolutiva, destinata ad affrontare i complessi e gravi problemi diagnostici, valutativi e rieducativi degli esiti di patologie motorie e cognitive congenite ed acquisite dall'età evolutiva, articolata in sub-unità che, in funzione delle patologie afferenti, vengono attivate all'interno di presidi ospedalieri specialistici dotati delle competenze coerenti con le finalità loro affidate.

Dotata di posti letto e di personale specificamente qualificato e numericamente adeguato secondo quanto indicato dalla programmazione regionale, la Unità per le disabilità gravi in età evolutiva si caratterizza prevalentemente per un'attività di consulenza e valutazione finalizzata a:

- approfondimento diagnostico relativo alle gravi menomazioni e disabilità dell'infanzia;

- formulazione tecnico-operativa del progetto riabilitativo e del programma terapeutico, nonché controlli sulla sua realizzazione;
- progettazione e valutazione dei presidi protesici e ortesici e sperimentazione di materiale innovativo;
- attività di ricerca clinica e documentazione del progresso scientifico nel settore dell'infanzia;
- osservazione dei dati epidemiologici.

L'Unità coordina il proprio intervento nella rete dei servizi sanitari di riabilitazione estensiva o intermedia ed intensiva con i quali si raccorda per seguire il disabile nel proprio territorio di vita garantendo il completamento del percorso riabilitativo secondo protocolli ben definiti.

L'Unità per le disabilità gravi in età evolutiva deve garantire una adeguata informazione ed addestramento formalizzato ai familiari e/o al personale che effettuerà l'assistenza domiciliare relativamente alle seguenti problematiche: assistenza respiratoria, problematiche cognitive, turbe del comportamento, psicologiche, assistenza ortesica e superamento barriere architettoniche, necessità di controlli, dove effettuarli e come accedervi.

- d) Unità per la riabilitazione delle turbe neuropsicologiche acquisite, destinate ad affrontare le complesse problematiche diagnostiche, valutative e rieducative relative a menomazioni e disabilità cognitive e delle funzioni corticali superiori secondarie a lesioni cerebrali, è attivata presso un presidio dotato delle coerenti discipline specialistiche. Non è dotato di posti letto, e in caso di necessità vengono utilizzati i posti letto dell'area medica, della neurologia e dei reparti di medicina fisica e riabilitazione, dato che i deficit cognitivi sono spesso associati a disabilità motoria.

Relativamente alle Unità per le disabilità gravi in età evolutiva, poco dopo le linee-guida sulla riabilitazione del 1998, viene formalizzato il D.P.R. 10 novembre 1999 recante il "Progetto-obiettivo tutela della salute mentale 1998-2000" che, tra l'altro, afferma che "i minori portatori di handicap presentano disabilità permanenti che tendono a prolungarsi nel corso della vita, determinando una condizione di non autonomia che oscilla, in rapporto alla appropriatezza o meno degli interventi, tra il 25 e il 50% dei casi. E' questa una popolazione ad alto rischio di disturbo psichiatrico secondario, che ha da sempre rappresentato una fonte importante per la istituzionalizzazione e la manicomializzazione".

Nel 2001 la Organizzazione Mondiale della Sanità presenta un nuovo modello interpretativo della disabilità con la "International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)", secondo il quale la disabilità è un termine che considera globalmente le minorazioni, le limitazioni di attività e/o di partecipazione sociale che caratterizzano la singola persona, come una interazione dinamica tra l'aspetto medico (causato da malattie, disordini, incidenti, etc.) e i fattori di contesto, che comprendono l'ambiente fisico, sociale e comportamentale e le caratteristiche delle singole persone disabili.

Si tratta di individuare, integrandoli, gli aspetti biologici con quelli sociali, riconoscendo che forze esterne, fisiche, sociali e attitudinali possono mitigare o aggravare le possibilità di integrazione sociale della singola persona portatrice di un danno biologico e della influenza che questa ha avuto sulle attitudini complessive dell'individuo.

La operatività di questa importante innovazione nella concezione della disabilità è tutt'altro che semplice, come si può evidenziare per esempio dall'ultima Indagine multiscopo effettuata dall'ISTAT nel 2005 sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", rilevando su circa 60 mila famiglie delle informazioni sullo stato di salute, il ricorso ai principali servizi sanitari, alcuni fattori di rischio per la salute e i comportamenti di prevenzione.

Circa le persone con disabilità, l'ISTAT precisa che lo strumento di rilevazione utilizzato, essendo stato costruito per studiare le limitazioni fisiche sul funzionamento delle persone, ha il limite di sottostimare le persone con disabilità di tipo mentale. Nella rilevazione è stata, infatti, usata la classificazione delle disabilità dell'OMS 1980 perché "non è a tutt'oggi disponibile una operazionalizzazione della nuova classificazione ICF, approvata dall'OMS nel 2001 e condivisa a livello internazionale".

Anche per tale motivo sono esclusi dalla rilevazione i bambini di età inferiore a 6 anni, oltre che le persone ospiti di istituzioni, perché la rilevazione è diretta alle famiglie.

Ta le altre cose, vi è da notare che anche l'Institute of Medicine (IOM) degli Stati Uniti, in un rapporto sulla disabilità del 2007, ritiene che si debba lavorare ancora per perfezionare l'ICF, in particolare per quanto riguarda la "attività", che è soprattutto legato all'individuo come fruitore della riabilitazione medica a lui più confacente, rispetto alla "partecipazione", che ha essenzialmente caratteristiche legate al contesto ambientale più o meno favorevole nel facilitare la persona con disabilità ad inserirsi nella vita sociale. Si nota, inoltre, che ai fini della individuazione dei bisogni dei disabili, della organizzazione dei servizi e della eleggibilità dei soggetti ai trattamenti, occorre una cornice ben definita, come è stato fatto negli Stati Uniti con il "Developmental Disabilities Assistance and Bill of Rights Act" del 2000, che riguarda le persone affette da gravi e croniche disabilità che si sono manifestate prima dei 22 anni, e ne elenca le caratteristiche, stimando che ne siano affetti tra l'1,20 e l'1,65% del totale della popolazione del 1999, cioè tra 3.200.000 e 4.500.000 persone.

L'Inghilterra, con un Libro Bianco del 2001, aggiornato nel 2009, ha stabilito misure specifiche per la "learning disability", cioè la denominazione adottata in quel Paese, dal 1991, in luogo del termine ritardo mentale. Il problema è considerato tra le priorità nazionali perché si calcola che ne siano affetti circa l'1,8% della popolazione, di cui il 75% in forma minore, ma il resto è caratterizzabile come caso grave o complesso.

In Italia non esistono dati attendibili al riguardo, ma è da notare che la già citata indagine multiscopo dell'ISTAT riporta che lo 0,91% degli intervistati ha dichiarato una "insufficienza mentale" che comunque sarebbe pari a circa 600.000 persone, oltre a quelle di meno di 6 anni e gli istituzionalizzati.

Ciò che è rilevante, invece è la evidenza data dalla stampa sul 2009 all'aumento che è stato rilevato dagli alunni disabili tra il 1998 e il 2008.

Nei quattro ordini di scuola statali, cioè le scuole per l'infanzia, le scuole elementari, le medie inferiori e le medie superiori, l'aumento è espresso da 116.751 alunni disabili nel 1998 e 175.778 nel 2008, mentre nello stesso periodo la popolazione di 0-18 anni, che costituiva il 19,7% della popolazione nel 1998, ne costituisce il 14,1% nel 2008.

Rispetto a quanto sopra riportato, è evidente l'esigenza di individuare gli interventi per la tutela della salute mentale e la riabilitazione in età evolutiva, tenendo, peraltro, ben presenti le complesse esigenze delle persone affette da patologie, quali la sclerosi multipla, la sclerosi laterale amiotrofica e la corea Hungtinton, che si manifestano in giovani adulti .



## 5.a Gli interventi per la tutela della salute mentale e la riabilitazione in età evolutiva (TSMREE) .

Tali interventi sono svolti da servizi specifici (competenti per le diverse fasce d'età: prima e seconda infanzia, latenza e preadolescenza, prima e seconda adolescenza), che si occupano dell'individuazione precoce, del trattamento e della prevenzione di disturbi riferibili a due principali configurazioni: patologie e disturbi neuromotori e sensoriali di origine congenita e acquisita, e patologie di rilevanza psichiatrica comprendenti difficoltà e alterazioni dello sviluppo psicologico, affettivo e relazionale. I riferimenti normativi e di indirizzo per le attività dei servizi TSMREE sono il Progetto Obiettivo "Materno-infantile 1998-2000" e il D.P.R. 10 novembre 1999 Progetto obiettivo "Tutela della Salute Mentale 1998-2000" che prevedono l'istituzione di una rete integrata di servizi dedicati all'età evolutiva, articolata in servizi ambulatoriali territoriali con funzioni preventive, diagnostiche e terapeutico-riabilitative, rivolte a bambini e adolescenti con disturbi di natura neuropsicologica / psicopatologica; polo day hospital e polo ospedaliero di neuropsichiatria infantile, comunità diurne e residenziali per adolescenti.

Nel Lazio, l'assetto organizzativo dei servizi mostra una scarsa omogeneità e risente della mancanza di linee di indirizzo che ne orientino le priorità favorendo una più precisa definizione del ruolo che devono rivestire in questo particolare ambito assistenziale, e che permettano una maggiore integrazione funzionale con altri servizi sanitari e sociali. In tale contesto si avverte la necessità di incrementare il raccordo funzionale e la condivisione degli obiettivi dei servizi TSMREE con i Distretti, che appaiono quale livello ottimale per realizzare una risposta globale ai bisogni di salute del minore perché capaci di governare i processi di integrazione dei servizi di I livello (consultori familiari, assistenza domiciliare, PLS) con i servizi dedicati alla tutela della salute mentale in età adulta e con le altre agenzie sanitarie e sociali presenti sul territorio.

Nel 2008 risultavano operanti sul territorio regionale 101 servizi di Tutela della Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva (TSMREE). In Tabella 1 sono riportati suddivisi per ASL.

Tabella 1 – Servizi di Tutela della Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva nel Lazio, 2008

<b>ASL</b>	<b>N. servizi TSMREE</b>
RMA	11
RMB	11
RMC	6
RMD	5
RME	5
RMF	5
RMG	7
RMH	7
Frosinone	11
Latina	13
Rieti	7
Viterbo	13
<b>LAZIO</b>	<b>101</b>

In assenza di un sistema informativo corrente, un'indagine trasversale condotta nel 2002 ha evidenziato come più frequenti le diagnosi principali relative alle aree dei disturbi affettivo-relazionali (29,8%) e dei disturbi settoriali dello sviluppo (29,4%), seguite da quelle relative ai disturbi globali dello sviluppo (25,5%), ai disturbi neuromotori (12,7%) e ai disturbi sensoriali (2,7%). Possono essere considerati quali sedi di servizi dedicati all'età evolutiva anche le strutture di Neuropsichiatria infantile, o sub unità delle stesse, attualmente operanti presso Policlinici Universitari ed IRCCS in regime di degenza ordinaria e DH. I ricoveri in reparti NPI comprendono patologie e disturbi neuromotori e sensoriali di origine congenita e acquisita, e patologie di rilevanza psichiatrica. Nel 2007 circa il 40% delle 1.082 dimissioni dai reparti di degenza ordinaria era riferito a condizioni di prevalente pertinenza psichiatrica (diagnosi ICD-9-CM 290-319); nello stesso periodo un terzo di tutte le dimissioni con diagnosi principale psichiatrica era rappresentato da persone di età compresa tra 14 e 17 anni.

### **Problema**

Non si dispone attualmente di dati attendibili sull'incidenza e la prevalenza delle diverse disabilità e dei disturbi di rilevanza psicopatologica in età evolutiva. Sono anche carenti le informazioni relative all'entità della domanda e dell'offerta di trattamento presso i servizi territoriali TSMREE, e ai percorsi assistenziali degli utenti. In diversi servizi si rileva infine il mancato ricorso al sistema ICD di classificazione delle malattie per un'appropriata codifica delle diagnosi.

### **Risposta**

Realizzazione e implementazione di un sistema informativo regionale per monitorare l'attività dei servizi territoriali TSMREE, favorire l'integrazione e il potenziamento delle risorse esistenti in questa area d'intervento, e fornire elementi utili per la programmazione delle attività. Individuazione di un sistema di indicatori di processo per la valutazione delle principali attività e dell'appropriatezza degli interventi in alcuni ambiti di particolare rilevanza. Monitoraggio delle attività dei reparti di Neuropsichiatria infantile e dei ricoveri di minori con diagnosi psichiatrica, a partire dai dati prodotti dal Sistema informativo ospedaliero.

Attribuzione chiara di responsabilità del progetto terapeutico e dell'invio a strutture riabilitative ex art. 26 (L. 23 dicembre 1978, n. 833). Introduzione di sistemi di valutazione multidimensionale. Attuazione del processo di accreditamento all'interno di un percorso di revisione delle caratteristiche strutturali e organizzative previste che favorisca in modo specifico i processi di integrazione e di miglioramento della qualità.

### **Indicatori**

- Realizzazione e sperimentazione da parte di Laziosanità-ASP, di concerto con le parti interessate, di un sistema informativo per la salute mentale e la riabilitazione in età evolutiva entro dodici mesi dalla pubblicazione del presente Piano.

### **Problemi**

Disorganizzazione dell'assistenza nel territorio regionale, con inesistenza di un sistema di rete. Non adeguato coordinamento fra le strutture territoriali ed i centri a più alta specializzazione

Disomogenea allocazione delle risorse e carenze organizzative e di personale nei servizi territoriali TSMREE, che hanno determinato un progressivo aumento delle liste di attesa, un'inutile burocratizzazione dei servizi e – per alcuni ambiti assistenziali – la delega della titolarità della cura al comparto privato.

### **Risposte**

Potenziamento delle unità di alta specializzazione per le gravi disabilità dell'età evolutiva, anche distinte in sub unità, come previsto dalle linee guida del 7.5.1998, da individuarsi presso i Policlinici Universitari e gli IRCCS , con organizzazione di sistemi di rete e collegamenti funzionali con le strutture territoriali. Adeguamento delle dotazioni di organico per tipologia delle varie figure professionali previste nei servizi territoriali TSMREE, in ordine al fabbisogno e alle necessità formative, avendo come riferimento gli standard di personale previsti dalla D.C.R. n. 1017 del 13 luglio 1994 e succ.

### **Problema**

Difficoltà di comunicazione e integrazione funzionale sia all'interno della rete dei servizi TSMREE che con gli altri servizi sanitari e sociali. Processi assistenziali connotati da sovrapposizione e frammentazione, con scarsa comunicazione tra rete dei servizi territoriali e ospedalieri, Dipartimenti di salute mentale (DSM), PLS, MMG e servizi sociali.

### **Risposta**

Definizione di percorsi di cura e modelli operativi d'intervento (criteri di accesso, valutazione multidimensionale, percorsi assistenziali e modalità di dimissione) per le patologie ad alto impatto sociale e alta complessità clinico-organizzativa, quali il ritardo mentale e i disturbi generalizzati dello sviluppo.

Definizione di protocolli operativi fra operatori **ospedalieri dei centri di alta specializzazione di Neuropsichiatria infantile e dei servizi territoriali** con il Distretto, il DSM e i servizi sociali. Realizzazione di programmi formativi, linee guida e strutturazione di specifici accordi di programma orientati all'integrazione delle attività con le altre figure e istituzioni rilevanti (PLS, scuola, tribunale ecc).

### **Indicatori**

- Utilizzazione delle linee guida e delle indicazioni tecnico-operative della SINPIA per l'autismo, i disturbi da deficit di attenzione con iperattività (ADHD) e i disturbi specifici di apprendimento (DSA) per la definizione di un modello di intervento che preveda percorsi di cura per patologia e per fasce di età;
- realizzazione di protocolli operativi fra operatori dei servizi territoriali e ospedalieri di Neuropsichiatria infantile, e con il Distretto, il DSM e i servizi sociali.

### **Problema**

Compresenza nell'ambito dell'assistenza residenziale e semiresidenziale di un comparto pubblico e di un comparto privato con finalità di riabilitazione, i cui rispettivi ruoli non sempre appaiono ben definiti (ad esempio: modalità di accesso; ruolo dei servizi territoriali rispetto alle indicazioni al trattamento; rapporti con la scuola). Ne conseguono difficoltà relative sia alla realizzazione di percorsi assistenziali integrati, sia alla valutazione dei trattamenti riabilitativi.

### **Risposta**

Attribuzione chiara di responsabilità del progetto terapeutico e dell'invio a strutture riabilitative ex art. 26 (L. 23 dicembre 1978, n. 833). Introduzione di sistemi di valutazione multidimensionale. Attuazione del processo di accreditamento dei centri privati, all'interno di un percorso di revisione delle caratteristiche strutturali e organizzative previste che favorisca in modo specifico i processi di integrazione e di miglioramento della qualità.

### **Indicatori**

- Definizione di procedure e modalità di collaborazione tra servizi TSMREE territoriali e i Centri accreditati ex art. 26 per la definizione di percorsi di cura – sia per patologie, sia per fasce di età – relativi agli interventi di riabilitazione post-acuzie estensiva e di mantenimento, da differenziare dagli interventi socio-assistenziali e socio-educativi (Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta n. 16 del 5 settembre 2008).

### **Problema**

La rete sanitaria specialistica, ospedaliera e di comunità (servizi TSMREE, DSM, PLS, MMG, servizi sociali) manifesta gravi carenze nella presa in carico tempestiva di situazioni in adolescenza in cui compaiono disturbi psichici di gravità tale da richiedere il trattamento urgente in regime di ricovero ospedaliero. Non esistono modalità condivise e concordate di gestione dell'emergenza-urgenza psichiatrica in età evolutiva.

### **Risposta**

Realizzazione di spazi di degenza dedicati al trattamento di disturbi psichici gravi trattabili solo in regime residenziale basati su una stima dell'effettivo fabbisogno, atti a garantire la gestione dell'emergenza psichiatrica in età preadolescenziale e adolescenziale, in diretta continuità con il circuito dell'emergenza territoriale.

Per la presa in carico tempestiva, la riduzione del rischio di ricoveri impropri o di degenze protratte e lo sviluppo della modalità di dimissione protetta: realizzazione di programmi formativi per gli operatori dei servizi TSMREE orientati al miglioramento delle capacità di riconoscimento precoce dei segni di disagio psicopatologico in adolescenza e, primariamente, all'attivazione di interventi preventivi e alternativi al ricovero, in stretto raccordo con gli altri servizi sanitari e sociali.

### **Indicatori**

- Realizzazione di un servizio residenziale di degenza e sviluppo di una rete di servizi residenziali e semiresidenziali per l'emergenza psichiatrica in età evolutiva, che dovranno rispondere ai requisiti strutturali e organizzativi indicati dalla D.G.R. n. 262 del 24 aprile 2009 (Approvazione documento "Rapporto strategico per gli interventi sanitari e la gestione delle emergenze psichiatriche in età evolutiva nella regione Lazio") e a linee programmatiche regionali.

All'atto estremo della vita, quanto indicato nelle Linee guida circa le Unità per la riabilitazione delle turbe neuropsicologiche acquisite, è del tutto superato dalle conoscenze, dalle esigenze e dalle politiche sanitarie e sociali sviluppatesi nell'ultimo decennio. In tal senso le demenze e la malattia di Alzheimer costituiscono l'esempio più eclatante, unitamente ad altre patologie, quali il Parkinson, che presentano non minori problemi, compresa l'evoluzione in demenza.

## **5.b Le Demenze e la malattia di Alzheimer : l'organizzazione dell'assistenza e gli obiettivi di Piano**

Le Demenze e la malattia di Alzheimer sono uno dei dieci obiettivi di salute definiti prioritari dal presente Piano, come definito nella Parte II del Piano medesimo. Qui si traccia un quadro dello stato dell'offerta di servizi e si delineano obiettivi e azioni per il miglioramento dell'assistenza.

### **Stato dell'offerta**

Le demenze possono essere considerate un esempio paradigmatico di forte necessità di integrazione sociosanitaria e di approccio multidisciplinare, poiché le diverse fasi di evoluzione della patologia richiedono interventi personalizzati e diversificati, sia sul versante strettamente sanitario (terapia farmacologica e non farmacologica, riattivazione cognitiva ecc.) che su quello sociale (Centri diurni Alzheimer, assistenza domiciliare, sostegno alle famiglie).

Nella Regione Lazio sono state attivate 34 Unità valutative Alzheimer (UVA), 25 ospedaliere e 9 territoriali, con la finalità di sperimentare su larga scala l'efficacia della terapia farmacologica per la malattia di Alzheimer, in particolare di monitorare l'effetto dei farmaci inibitori dell'acetilcolinesterasi. Il numero totale dei soggetti dichiarati in carico dalle UVA laziali è di 17.432 soggetti, pari all'1,8% della popolazione ultrasessantacinquenne residente. L'attuale offerta assistenziale per i soggetti affetti da demenza comprende l'assistenza presso i centri diurni Alzheimer, nati da Accordi di programma tra ASL e Comuni (443 posti) e la possibilità di ricovero presso strutture residenziali dedicate (complessivamente 120 posti letto nel Lazio).

Dal momento che la numerosità dei soggetti in carico alle UVA è notevolmente inferiore alla stima di prevalenza della demenza nella popolazione italiana rilevata dallo studio ILSA (pari circa al 6%), si propone di ricomprendere nella denominazione dei centri preposti alla diagnosi precoce e ai trattamenti farmacologici anche le altre forme di demenza (**Centri per le demenze – Centri per la memoria**), con l'obiettivo di garantire una presa in carico globale del soggetto affetto da demenza e della sua famiglia, attraverso l'articolazione e l'integrazione dei servizi dedicati, lungo un percorso che nell'arco di un decennio presenta situazioni e circostanze che rendono difficile la vita della persona ammalata e di chi lo assiste.

### **Obiettivo**

Presa in carico globale del soggetto affetto da una forma di demenza e della sua famiglia, attraverso l'integrazione sociosanitaria dei servizi dedicati (Punto unico di accesso sociosanitario a livello distrettuale; MMG; Centro diagnostico specialistico per le demenze; Centro esperto per le demenze; Centri diurni per le demenze; Assistenza domiciliare sociale, sanitaria, integrata; RSA con nucleo per le demenze).

### **Azioni**

Riguardo all'obiettivo identificato si propone la riorganizzazione delle 34 UVA regionali in **Centri diagnostici specialistici per le demenze** e in **Centri esperti per le demenze**. Tale differenziazione avverrà sulla base delle figure professionali e delle competenze presenti all'interno del centro, nonché sulla disponibilità di erogare prestazioni

specialistiche di secondo livello per la diagnosi e/o di assicurare l'attivazione tempestiva di una rete assistenziale adeguata.

In ogni ASL la riorganizzazione delle UVA dovrà prevedere l'individuazione di almeno un Centro diagnostico e di uno o più Centri esperti (distrettuali o sovradistrettuali) che dovranno raccordarsi tra loro secondo criteri di territorialità. Le due forme organizzative, per particolari situazioni territoriali aziendali, potranno anche coesistere in un'unica struttura funzionale.

Per **Centri diagnostici specialistici per le demenze** si intendono servizi **operanti presso le Università, gli IRCCS e gli ospedali** capaci di offrire prestazioni diagnostiche specialistiche di secondo livello (esami laboratoristici, neuroimaging, valutazione neuropsicologica, funzionale e comportamentale, indagini genetiche), finalizzate all'individuazione precoce del deterioramento cognitivo e alla diagnosi differenziale, e in grado di fornire indicazioni diagnostiche-terapeutiche e riabilitative avanzate.

Tali centri dovranno quindi effettuare in modo diretto:

- l'accertamento della diagnosi;
- le modalità di trattamento farmacologico e psicosociale (sia per il disturbo cognitivo che per il controllo dei disturbi comportamentali);
- i successivi follow-up per il monitoraggio dei suddetti trattamenti in relazione all'evoluzione dei disturbi cognitivo-comportamentali.

Il Centro diagnostico specialistico per le demenze dovrà offrire le prestazioni sia alle persone che si rivolgano direttamente al centro con un invio del MMG o di altra struttura sanitaria, sia, in via preferenziale, agli assistiti inviati dai Centri esperti. Dal canto loro anche i Centri esperti dovranno provvedere alla presa in carico tempestiva dei soggetti inviati direttamente dai Centri diagnostici, attivando un percorso privilegiato.

Il **Centri esperti per le demenze** (indipendentemente dalla propria collocazione ospedaliera o territoriale) rappresentano il luogo della presa in carico globale del soggetto con diagnosi di demenza e della sua famiglia per quanto concerne i vari aspetti dell'assistenza e del supporto, comprese le indicazioni per ottenere il riconoscimento dell'invalidità e dell'indennità di accompagnamento, l'eventuale individuazione di un amministratore di sostegno, l'accesso ai presidi e ausili protesici, l'assistenza domiciliare specifica, l'accesso ai centri diurni e alle RSA con Nucleo Alzheimer. Tali centri dovranno quindi effettuare in modo diretto: accertamento della diagnosi, trattamento farmacologico (sia per il disturbo cognitivo che per il controllo dei disturbi comportamentali), il trattamento non farmacologico: riattivazione cognitiva, terapia di orientamento alla realtà, terapia occupazionale, i successivi follow-up per il monitoraggio dei farmaci in relazione all'evoluzione dei disturbi cognitivo-comportamentali, l'attività informativa, di *counselling* e di sostegno psicologico per i familiari.

Il Centro esperto dovrà mettere a disposizione del Distretto le proprie competenze professionali facendo partecipare i propri specialisti e professionisti della salute alle Unità valutative territoriali. Tali équipe – nelle quali deve essere assicurata la presenza del medico di medicina generale, del medico specialista con specifica competenza nel campo delle demenze (geriatra/neurologo/psichiatra), del neuropsicologo, dell'assistente sociale, dell'infermiere professionale – avranno il compito di valutare e monitorare l'andamento della malattia nei pazienti necessitanti assistenza domiciliare, rappresentando un riferimento per i MMG nel loro compito di cura e accompagnando il paziente, attraverso percorsi preferenziali, nei vari setting assistenziali, in funzione dell'evoluzione della malattia.

### **Indicatori**

Per la verifica della riorganizzazione delle UVA regionali in Centri per le demenze si prevedono i seguenti indicatori finalizzati alla valutazione della continuità assistenziale e integrazione con le strutture territoriali (per tali indicatori è previsto uno standard di almeno il 60% nel primo anno e del 90% nel triennio):

- numero di ASL/Distretti che individuano, attraverso un protocollo d'intesa, un "Centro diagnostico di riferimento per le demenze" e uno o più "Centri territoriali per le demenze" per il proprio bacino di utenza, secondo i criteri indicati nel presente documento;
- numero di Centri per le demenze che attivano protocolli d'intesa per interventi assistenziali integrati (Assistenza domiciliare integrata) con le strutture territoriali distrettuali (Centro di assistenza domiciliare);
- numero di ASL/Distretti che promuovono accordi/protocolli d'intesa tra i Centri per le demenze e i medici di medicina generale, per la gestione congiunta del paziente demente;
- numero di ASL/Distretti che attivano eventi formativi accreditati sul tema delle demenze, finalizzati al miglioramento della qualità assistenziale;
- numero di Centri per le demenze che attivano un archivio informatizzato, adottando una "scheda di raccolta dati paziente".

### **5. c Offerta riabilitativa ospedaliera**

Poiché il percorso riabilitativo di una persona con disabilità passa attraverso un insieme di attività e interventi notevolmente differenziati sia per tipologia che per intensità assistenziale, con il fine di raggiungere l'autonomia personale, l'integrazione scolastica, sociale e lavorativa, la sua realizzazione è possibile solo all'interno di un sistema di assistenza integrato che coinvolga servizi sanitari, sociosanitari e sociali.

Le parti che seguono sono focalizzate su alcune delle criticità relative all'offerta di assistenza riabilitativa per la disabilità complessa; in altri saranno trattate le tematiche relative a disabilità meno complesse (area della medicina fisica e riabilitazione) e approfondite quelle sui bisogni assistenziali che richiedano un'integrazione fra servizi sanitari e sociali

Il nuovo Patto per la salute 2010-2012 ha stabilito che la popolazione di riferimento deve essere quella aggiornata al 1 gennaio 2009 e lo standard di posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza deve essere pari a 0,7 per 1.000 abitanti, senza specificare la distinzione tra riabilitazione e lungodegenza. Tenendo conto dei dati disponibili su base nazionale per ciascuna regione, si è ritenuta appropriata una proporzione del 70% di riabilitazione sul totale dei posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza. Pertanto, per le stime del fabbisogno del presente Piano sanitario regionale, si è fissato uno standard di 0,55 posti letto di riabilitazione per 1.000 abitanti, e di 0,15 posti letto di lungodegenza per 1.000 abitanti.

Al 1 gennaio 2009 i posti letto disponibili nei reparti di riabilitazione ospedaliera risultavano 4.382 (considerando anche i 30 posti letto dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù, struttura extra-territoriale), pari a 0,78 per 1.000 abitanti, utilizzando come popolazione residente del Lazio quella del 1 gennaio 2009. Si è considerata la D.G.R. n. 143/06 come

fonte per il numero di posti letto delle strutture pubbliche, dei Policlinici universitari, IRCCS, delle strutture extraterritoriali e la D.G.R. n. 206/08 come fonte per il numero di posti letto di riabilitazione delle strutture private accreditate. L'offerta appare estremamente eterogenea tra i diversi territori: 2 soli posti letto (di DH) a Rieti, mentre a Roma e provincia ve ne sono 0,8 per 1.000 abitanti. Inoltre a Roma città e provincia si passa da 0 posti letto nel territorio della ASL RMF a 986 nel territorio della ASL RMD.

## Proposte

### – Adeguamento dell'offerta di posti letto

Il Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta n. 41 del 18 giugno 2009 ha definito il fabbisogno di posti letto, il finanziamento e il sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere di riabilitazione e lungodegenza medica post-acuzie per l'anno 2009, per dare attuazione al Piano di rientro (art. 1 comma 180 L. 311/2004: obiettivo specifico 1.3.1). Il Decreto 41/09 ha stabilito nuovi criteri per la valutazione del fabbisogno di posti letto da contrattualizzare con le strutture private accreditate; l'offerta di posti letto da parte di tali strutture è scesa a partire dal 1/1/2009 da 2.865 a 2.494.

Si ricorda che il Decreto n. 52/08 aveva autorizzato l'attivazione di 20 posti letto presso il presidio di Santa Marinella dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù.

Pertanto, l'offerta complessiva di posti letto di riabilitazione post-acuzie nella regione Lazio è passata da 4.382 a 4.031, pari a 0,72 posti letto per 1.000 abitanti (considerando anche i 50 posti letto dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù). Il Decreto n. 41/09 ha stabilito un tetto al numero massimo di posti letto di Day hospital attivabili pari al 10% del totale per ciascuna struttura.

Il successivo Decreto n. 56/09 ha integrato il Decreto n. 41/09 fissando in 200 posti letto il fabbisogno di Neuroriabilitazione (codice 75), specificamente destinati al trattamento di gravi cerebrolesioni acquisite, fino alla riorganizzazione del settore con l'attivazione delle Unità operative di neuroriabilitazione acuta (UONA), e in 20 posti letto il fabbisogno regionale di Unità per le disabilità gravi in età evolutiva (UDGEE).

Si ricorda che, fino all'emanazione del Decreto n. 56/09, i posti letto di codice 75 erano 325, tutti collocati presso l'IRCCS Santa Lucia.

Inoltre, il Decreto n. 56/09 ha soppresso, a decorrere dall'1/7/2009, la tipologia di attività RAI (Riabilitazione ad alta intensità), decidendo che tale attività sia definitivamente considerata come Neuroriabilitazione di alta specialità (codice 75). Pertanto, i posti letto precedentemente utilizzati per trattare pazienti RAI dovranno rientrare nel suddetto fabbisogno di 200 posti letto.

Attualmente l'IRCCS Santa Lucia tratta pazienti già classificati come RAI, in quanto Istituto specializzato nella neuroriabilitazione; il San Giovanni Battista-SMOM e la Casa di cura San Giuseppe sono autorizzati, ai sensi della D.G.R. n. 713/2000, a erogare prestazioni riabilitative di pazienti già classificati come RAI per un numero massimo di 50 posti letto (complessivamente per le due strutture). Il San Raffaele di Cassino è stato autorizzato in via sperimentale, ai sensi della D.G.R. n. 165/2005, ad attivare fino a un massimo di 20 posti letto per pazienti RAI.



La successiva tabella presenta il fabbisogno di posti letto di riabilitazione e l'attuale dotazione di posti letto per ASL, successiva all'emanazione del Decreto n. 41/09, che è stato considerato come nuova fonte per il numero di posti letto di riabilitazione delle strutture private accreditate.

I 50 posti letto, attualmente attivi presso i presidi di Palidoro (30) e Santa Marinella (20) dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù, sono presentati a parte in tabella, non collocati nell'offerta di una specifica ASL, in quanto la struttura è extraterritoriale.

L'offerta di posti letto di riabilitazione post-acuzie risulta, comunque, ancora in eccesso di 936 posti letto, rispetto allo standard fissato di 0,55 posti letto di riabilitazione post-acuzie per 1.000 abitanti, che equivale a un fabbisogno complessivo di 3.095 posti letto, di cui 309 di day-hospital (10% del totale).

**Fabbisogno e offerta di posti letto per ASL, di reparti di riabilitazione post-acuzie (codice 56, 75, 28), utilizzando la popolazione ISTAT del 1 gennaio 2009.**

ASL	Popolazione Lazio 01/01/2009	Fabbisogno totale PL(0,55 PL x 1000)	Fabbisogno PL ricovero ordinario (90% totale PL)	Fabbisogno PL di Day hospital (10%totale PL)	PL TOT	Rapporto x 1000 abitanti**
RMA	482.369	265	239	26	293	0,61
RMB	690.712	380	342	38	229	0,33
RMC	537.747	296	266	30	443	0,82
RMD	560.600	308	277	31	941	1,68
RME	519.429	286	257	29	369	0,71
RMF	307.987	169	152	17	0	0,00
RMG	476.586	262	236	26	313	0,66
RMH	534.605	294	265	29	724	1,35
VT	315.523	174	157	17	138	0,44
RI	159.018	88	79	9	2	0,01
LT	545.217	300	270	30	287	0,53
FR	496.917	273	246	27	242	0,49
OPBG*	-	-	-	0	50	-
<b>TOTALE</b>	<b>5.626.710</b>	<b>3.095</b>	<b>2.786</b>	<b>309</b>	<b>4.031</b>	<b>0,72</b>

\* Ospedale pediatrico Bambino Gesù.

\*\* Il rapporto si riferisce all'offerta attuale.

#### – Riorganizzazione dell'alta specialità riabilitativa

Le Linee guida nazionali sull'attività di riabilitazione definiscono come alta specializzazione quelle attività di riabilitazione intensiva "che richiedono particolare impegno di qualificazione, mezzi, attrezzature e personale e sono erogate presso presidi di alta specialità". Nelle Linee guida si definiscono tre tipologie di reparto con posti letto: Unità spinali unipolari, Unità per le gravi cerebrolesioni acquisite (GCA) e gravi traumi cranio-encefalici e Unità per disabilità gravi in età evolutiva (UDGEE).

### **Modello organizzativo proposto per le GCA**

Tutti o almeno i più importanti presidi ospedalieri sede di DEA di II livello devono prevedere accanto all'area della Terapia intensiva/Rianimazione/Trauma center/Stroke unit/Neurochirurgia un'Unità operativa di neuroriabilitazione acuta (UONA) di cure semi-intensive in grado di erogare trattamenti riabilitativi a persone non ancora stabili clinicamente. Tali unità debbono garantire l'approccio riabilitativo tempestivo, la rapida accoglienza al paziente ancora in fase acuta, la definizione della diagnosi e della prognosi e l'indirizzo al livello di cura successivo.

Superata la fase acuta-sub-acuta (durata stimabile in circa 2-3 settimane), va definito il piano riabilitativo che può avvalersi di diversi nodi della rete: 1) neuroriabilitazione post-acuta (codice 75); 2) riabilitazione post-acuta (codice 56); 3) residenzialità; 4) strutture territoriali (ADI o centri di riabilitazione territoriale ex art. 26 o assistenza riabilitativa ambulatoriale specialistica).

Relativamente al nodo dell'alta specialità di Neuroriabilitazione (codice 75) deve essere prevalentemente dedicata alle Gravi cerebrolesioni acquisite e gravi traumi cranio-encefalici (GCA), immediatamente in continuità con la fase acuta. Ne consegue che in questi reparti non è appropriato il ricovero per cerebropatie cronico-degenerative e per esiti di stroke ischemici, anche se in fase di riacutizzazione, superando la definizione contenuta nella D.G.R. n. 266/2007 che prevedeva invece che tali Unità (codice 75) fossero anche destinate alle "forme degenerative complesse e le complicanze a carico del sistema nervoso centrale in corso di malattie neoplastiche e metaboliche".

### **Modello organizzativo proposto per le mielolesioni**

L'offerta di posti letto di riabilitazione in Unità spinale (codice 28) è attualmente concentrata presso due strutture: il Centro traumatologico ortopedico (CTO), presidio di ASL della Roma C, e il Centro paraplegici Ostia (CPO), presidio di ASL della Roma D. Dai dati in possesso di Laziosanità-ASP, il CTO ha una dotazione di 32 posti letto di codice 28 (tutti per ricoveri ordinari), di cui risultano essere attivi solo 16. Il CPO dispone di 18 posti letto per ricoveri ordinari e di 1 posto di day hospital in reparti codice 28.

L'Unità spinale unipolare (USU) è fondamentalmente destinata all'assistenza di pazienti con lesione midollare, sia di tipo traumatico che non traumatico (infettiva, vascolare e neoplastica), fin dalla fase di emergenza-acuzie e fino al completo reinserimento familiare e sociale.

Assumendo, come da Linee guida nazionali sull'Unità spinale, un numero di casi incidenti l'anno pari a 20 per milione di abitanti, una durata mediana della degenza pari a 90 giorni (dati CTO 2008), un indice di occupazione dell'85%, il fabbisogno regionale di Unità spinale Unipolare (USU) stimato è pari a 32 posti letto. Pertanto, l'attuale offerta sarebbe sufficiente a soddisfare il fabbisogno regionale di USU, a condizione che tutti i posti letto del CTO siano attivi.

Il Decreto commissariale n. 16/08 definiva, oltre all'USU, la presenza di un "Centro spinale", dedicato a pazienti con lesioni midollari stabilizzate, che necessitano di ricovero per complicazioni e follow-up di una mielolesione pregressa.

Si può ipotizzare di considerare il reparto di unità spinale del CTO come Unità spinale unipolare e il reparto di unità spinale del CPO come Centro spinale.

### **Aumento dei ricoveri di riabilitazione intensiva**

La domanda di riabilitazione in post-acuzie nel Lazio risulta in costante aumento: dal 1997 al 2008, i ricoveri ordinari sono passati da 19.173 a 32.531 e quelli diurni da 4.112 a 18.040, con un aumento del peso relativo dei DH dal 17,7% al 35,7%; le giornate di degenza complessive per i ricoveri ordinari sono passate da 840.731 a 1.390.000, mentre il numero complessivo di accessi in DH è aumentato da 43.471 a 380.522.

Le giornate di degenza erogate per 1.000 abitanti/anno risultano nel Lazio pari a 253, circa il doppio della media osservata nelle regioni non in disavanzo (124). La degenza media dei ricoveri in riabilitazione, nel Lazio, risulta particolarmente elevata in confronto a quella delle Regioni non in disavanzo (43,3 vs 23,1 giornate). I dati delle regioni non in disavanzo sono stati elaborati da KPMG, a partire dai dati SDO 2005 del Ministero della Salute.

Per i ricoveri in DH il numero medio di accessi è risultato pari a 21.

In mancanza di evidenze epidemiologiche che sostengano un consistente incremento del bisogno reale di riabilitazione intensiva, è ipotizzabile che parte di questa elevata ospedalizzazione sia espressione di inappropriata nell'accesso, anche condizionata da una rete di offerta con tipologie assistenziali non adeguatamente modulate sul percorso-paziente e sui diversi bisogni nelle varie fasi dell'evoluzione clinica.

### **Proposte**

- Ai fini del raggiungimento di una maggiore appropriatezza nell'erogazione di prestazioni ospedaliere di riabilitazione, in aggiunta ai criteri di accesso, stabiliti dalla Regione (Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta n.16 del 5 settembre 2008), occorrerà sviluppare sistemi di monitoraggio dell'offerta e di valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri in reparti di riabilitazione post-acuzie, attraverso una qualificazione del sistema dei controlli analitici sulla documentazione clinica e dell'analisi dei dati del sistema informativo RAD-Riabilitazione (RAD-R), che costituisce la principale base dati per descrivere la specificità clinica del soggetto e la peculiarità dell'intervento riabilitativo.

### **Offerta di lungodegenza ospedaliera (codice 60)**

Attualmente i posti letto disponibili nei reparti di lungodegenza ospedaliera risultano essere 1.236, pari a 0,22 per 1.000 abitanti. L'offerta risulta essere in eccesso di 392 posti letto rispetto alla stima di 844 ottenuta applicando lo standard di 0,15 posti letto di lungodegenza per 1.000 abitanti. L'offerta risulta estremamente eterogenea tra i diversi territori: l'80,8% dei posti letto è presente nella sola Provincia di Roma e non vi sono posti letto attivi nelle Province di Rieti e Latina.

### **Proposte**

- *Sviluppo e riqualificazione dell'offerta ospedaliera di lungodegenza.*  
Il Piano di rientro concordato con il Governo e approvato dalla Giunta Regionale con Delibera del 6 marzo 2007, n. 149, elaborato ai sensi dell'art. 1 comma 180 della Legge n. 311/2004, prevede una manovra finalizzata a riequilibrare la rete ospedaliera regionale per la lungodegenza, rispetto alla popolazione residente. Gli interventi che compongono tale manovra riguardano l'identificazione del fabbisogno e un iniziale riequilibrio territoriale con potenziamento della dotazione di posti letto nel territorio di Rieti, che ne è sprovvisto.

Il fabbisogno di posti letto di lungodegenza per ASL e la dotazione di posti letto attuali sono riportati nella tabella seguente. La dotazione dei posti letto attuale, per le strutture pubbliche è riferita ai dati NSIS aggiornati al 1 gennaio 2008, mentre per le strutture private accreditate è stata considerata come fonte il decreto n. 41/09.

**Fabbisogno stimato di posti letto per reparti di lungodegenza medica (codice 60), utilizzando la popolazione ISTAT del 1 gennaio 2009**

ASL	Popolazione Lazio 01/01/2009	Fabbisogno PL (0,15 PL x 1000)	Posti Letto	Rapporto x 1000 abitanti
RMA	482.369	72	39	0,08
RMB	690.712	104	0	0
RMC	537.747	81	33	0,06
RMD	560.600	84	111	0,2
RME	519.429	78	186	0,36
RMF	307.987	46	24	0,08
RMG	476.586	71	175	0,37
RMH	534.605	80	431	0,81
VT	315.523	47	84	0,27
RI	159.018	24	0	0
LT	545.217	82	0	0
FR	496.917	75	153	0,31
<b>TOTALE</b>	<b>5.626.710</b>	<b>844</b>	<b>1.236</b>	<b>0,22</b>

La dotazione finale dei posti letto di lungodegenza in base alle indicazioni del nuovo Patto per la salute 2010-2012 è pari a 844; risultano quindi in eccesso 392 posti letto rispetto allo standard fissato di 0,15 posti letto per 1.000 abitanti di lungodegenza post-acuzie.

- Per persone con postumi di gravi encefalopatie acquisite in fase di stabilizzazione clinica e/o in stato vegetativo e di minima coscienza in fase di cronicità è possibile pensare a percorsi sociosanitari, quali l'inserimento in strutture già classificate come R1; si ritiene pertanto superata la necessità di posti letto di lungodegenza ad alta intensità (LAI), di cui alcune strutture di lungodegenza sono attualmente dotate.

#### **Offerta riabilitativa delle strutture extra-ospedaliere di riabilitazione estensiva e di mantenimento**

La riabilitazione estensiva è definita come "attività assistenziale complessa per soggetti che hanno superato l'eventuale fase di acuzie e di immediata post-acuzie e che necessitano di interventi orientati a garantire un ulteriore recupero funzionale in un tempo definito". Di norma tale attività è espletata entro 180 giorni dalla dimissione ospedaliera e/o dalla riacutizzazione o recidiva dell'episodio patologico (D.G.R. n. 398 del 15 febbraio 2000).

La riabilitazione di mantenimento è definita come "attività assistenziale rivolta a soggetti con esiti stabilizzati di patologie psicofisiche che necessitano di interventi orientati a mantenere l'eventuale residua capacità funzionale o contenere il deterioramento".

Nel Lazio viene erogata prevalentemente da 79 strutture private provvisoriamente accreditate e in parte direttamente dai servizi delle ASL, soprattutto quelli per la Tutela della salute mentale e riabilitazione in età evolutiva. Le ASL provvedono alle valutazioni di congruità e appropriatezza dei progetti riabilitativi avviati dalle strutture private accreditate.

Complessivamente al 31 dicembre 2008 risultavano provvisoriamente accreditati 1.830 posti letto in regime residenziale, 2.452

posti in regime semiresidenziale e 9.584 trattamenti non residenziali.

L'offerta di riabilitazione estensiva e di mantenimento in regime di residenzialità, semiresidenzialità, non residenzialità (ambulatoriale e domiciliare) presenta una notevole disomogeneità sul territorio regionale. Varia da 0 posti residenziali e semiresidenziali a Rieti a 0,38 posti residenziali e 0,70 semiresidenziali per 1.000 abitanti a Roma città (media regionale residenziale: 0,33; semiresidenziale: 0,44). I trattamenti non residenziali sono offerti nella misura di 2,59 a Roma città fino al minimo di 0,06 trattamenti per 1.000 abitanti nella ASL RMG, con una media regionale di 1,70.

Nelle tabelle seguenti si rappresentano le situazioni assistenziali nei regimi residenziale, semiresidenziale e non residenziale. I dati relativi al volume di attività dei centri di riabilitazione sono riferiti ai progetti e agli utenti notificati al Sistema Informativo per l'Assistenza Riabilitativa (SIAR) nell'anno solare 2008.

**Offerta di riabilitazione estensiva e di mantenimento in regime residenziale nel Lazio. Progetti e utenti prevalenti trattati presso strutture ex articolo 26. Popolazione di riferimento: ISTAT 1 gennaio 2009**

ASL RESIDENZA	Popolazione Lazio 1-1-2009	STRUTTURE		POSTI		PROGETTI *		UTENTI	
		N.	N.	tasso x 1000 abitanti	N.	tasso x 1000 abitanti	N.	tasso x 1000 abitanti	
RM A	482.369	1	25	0,05	199	0,41	134	0,28	
RM B	690.712	3	110	0,16	399	0,58	256	0,37	
RM C	537.747	5	166	0,31	337	0,63	209	0,39	
RM D	560.600	4	249	0,44	405	0,72	275	0,49	
RM E	519.429	7	498	0,96	716	1,38	442	0,85	
RM F	307.987	2	213	0,69	416	1,35	217	0,70	
RM G	476.586	2	143	0,30	145	0,3	92	0,19	
RM H	534.605	3	142	0,27	308	0,58	162	0,30	
VT	315.523	3	239	0,76	600	1,9	343	1,09	
RI	159.018	0	0	0,00	25	0,16	15	0,09	
LT	545.217	1	35	0,06	104	0,19	61	0,11	
FR	496.917	1	10	0,02	58	0,12	33	0,07	
<b>TOTALE</b>	<b>5.626.710</b>	<b>32</b>	<b>1.830</b>	<b>0,33</b>	<b>3.712</b>	<b>0,66</b>	<b>2.239</b>	<b>0,40</b>	

\* Sono stati esclusi 199 progetti relativi a 121 utenti non residenti nel Lazio e 8 progetti relativi a 4 utenti con residenza non nota. I progetti prevalenti sono stati definiti come progetti aperti per almeno un giorno nell'anno solare 2008. I dati non comprendono le strutture già afferenti all'Associazione Anni Verdi, attualmente non accreditate.

**Offerta di riabilitazione estensiva e di mantenimento in regime semiresidenziale nel Lazio. Progetti e utenti prevalenti trattati presso strutture ex articolo 26. Popolazione di riferimento: ISTAT 1 gennaio 2009**

ASL RESIDENZA	Popolazione Lazio 1-1-2009	STRUTTURE		POSTI		PROGETTI *		UTENTI	
		N.	N.	tasso x 1000 abitanti	N.	tasso x 1000 abitanti	N.	tasso x 1000 abitanti	
RM A	482.369	7	321	0,67	739	1,53	337	0,70	
RM B	690.712	5	240	0,35	948	1,37	494	0,72	
RM C	537.747	8	544	1,01	682	1,27	388	0,72	
RM D	560.600	10	494	0,88	649	1,16	326	0,58	
RM E	519.429	6	346	0,67	651	1,25	354	0,68	
RM F	307.987	2	41	0,13	100	0,32	49	0,16	
RM G	476.586	2	56	0,12	149	0,31	98	0,21	
RM H	534.605	4	148	0,28	431	0,81	198	0,37	
VT	315.523	3	98	0,31	559	1,77	386	1,22	
RI	159.018	0	0	0	9	0,06	6	0,04	
LT	545.217	3	100	0,18	402	0,74	135	0,25	
FR	496.917	2	64	0,13	30	0,06	19	0,04	
<b>TOTALE</b>	<b>5.626.710</b>	<b>52</b>	<b>2.452</b>	<b>0,44</b>	<b>5.349</b>	<b>0,95</b>	<b>2.790</b>	<b>0,50</b>	

\* Sono stati esclusi 199 progetti relativi a 121 utenti non residenti nel Lazio e 8 progetti relativi a 4 utenti con residenza non nota. I progetti prevalenti sono stati definiti come progetti aperti per almeno un giorno nell'anno solare 2008. I dati non comprendono le strutture già afferenti all'Associazione Anni Verdi, attualmente non accreditate.

**Offerta di riabilitazione estensiva e di mantenimento in regime non residenziale nel Lazio. Progetti e utenti prevalenti trattati presso strutture ex articolo 26. Popolazione di riferimento: ISTAT 1 gennaio 2009**

ASL RESIDENZA	Popolazione Lazio 1-1-2009	STRUTTURE	TRATTAMENTI		PROGETTI		UTENTI	
		N.	N.	tasso x 1000 abitanti	N.	tasso x 1000 abitanti	N.	tasso x 1000 abitanti
RM A	482.369	13	1.970	4,08	5.949	12,33	3.382	7,01
RM B	690.712	6	1.348	1,95	7.392	10,70	3.750	5,43
RM C	537.747	9	967	1,80	5.082	9,45	2.649	4,93
RM D	560.600	9	989	1,76	4.901	8,74	2.371	4,23
RM E	519.429	7	1.962	3,78	5.908	11,37	3.064	5,90
RM F	307.987	5	452	1,47	4.077	13,24	2.316	7,52
RM G	476.586	1	30	0,06	1.527	3,20	766	1,61
RM H	534.605	4	442	0,83	3.289	6,15	1.685	3,15
VT	315.523	4	725	2,30	5.923	18,77	4.630	14,67
RI	159.018	1	240	1,51	1.170	7,36	701	4,41
LT	545.217	4	352	0,65	3.338	6,12	1.748	3,21
FR	496.917	2	107	0,22	687	1,38	367	0,74
<b>TOTALE</b>	<b>5.626.710</b>	<b>65</b>	<b>9.584</b>	<b>1,70</b>	<b>49.243</b>	<b>8,75</b>	<b>27.429</b>	<b>4,87</b>

\* Sono stati esclusi 199 progetti relativi a 121 utenti non residenti nel Lazio e 10 progetti relativi a 6 utenti con residenza non nota. I progetti prevalenti sono stati definiti come progetti aperti per almeno un giorno nell'anno solare 2008. I dati non comprendono le strutture già afferenti all'Associazione Anni Verdi, attualmente non accreditate.

**Proposte**

- *Riequilibrio dell'offerta.* Nel triennio va riequilibrata l'offerta di riabilitazione extra-ospedaliera tra le diverse ASL, considerando la città di Roma come un'unica area di riferimento. In particolare, si deve incrementare l'offerta di posti e trattamenti nelle ASL di Latina e Frosinone, quella di posti a Rieti e di trattamenti nelle ASL RMG e RMH.

**Appropriatezza della riabilitazione estensiva e di mantenimento in strutture ex art. 26**

Negli anni 2003-2008 i progetti riabilitativi avviati sono stati, rispettivamente: 34.343, 37.779, 42.066, 41.195, 43.241, 42.968. Gli indicatori comunemente utilizzati per la valutazione dell'appropriatezza dell'attività ospedaliera non sono trasferibili a questa tipologia di riabilitazione. Si può però rilevare che circa il 60% dei progetti attivati nel periodo 2004-2008 si riferisce a persone per le quali era già stato attivato un precedente progetto. Inoltre, i Centri trattano una popolazione eterogenea, sia per età che per condizioni cliniche, accomunando ad esempio disabilità neuropsichica e altre forme di disabilità.

**Proposte**

- *Monitoraggio dell'appropriatezza degli accessi e dei progetti riabilitativi nelle strutture ex art. 26.* Ogni ASL deve realizzare attraverso le Unità di valutazione (D.G.R. n. 143 del 22 marzo 2006) e l'analisi dei dati del Sistema informativo per l'assistenza riabilitativa (SIAR) un'attività di valutazione dei progetti riabilitativi. L'appropriatezza dell'accesso sarà valutata a partire dai criteri di accesso previsti dalle D.G.R. n. 731/05 e n. 435/07 per i progetti riabilitativi in regime ambulatoriale;
- *integrazione nella rete dei servizi territoriali.* L'elevata frequenza di progetti riferiti a persone anziane nelle strutture residenziali e a giovani adulti in quelle semiresidenziali riflette presumibilmente carenze negli ambiti

sociosanitario e sociale, che impongono di individuare soluzioni alternative quali ad esempio residenze sanitarie assistenziali per disabili e comunità alloggio;

- *Diffusione della Classificazione internazionale del funzionamento, della salute e della disabilità (ICF)*. Un ausilio importante alla gestione integrata degli aspetti clinici e sociali del percorso riabilitativo extra-ospedaliero è rappresentato dall'utilizzo delle informazioni della classificazione ICF, introdotta dall'OMS nel 2001. Va realizzato da parte di ciascun Centro per i propri operatori un percorso di formazione obbligatoria all'uso dell'ICF.

### **Criteri di accesso per l'Assistenza riabilitativa domiciliare per la disabilità complessa**

Si sta registrando da parte dei centri ex art. 26 un incremento del numero di progetti erogati in regime non residenziale domiciliare: 9.623 progetti (25,5%) nel 2004, 12.055 (28,7%) nel 2005, 12.923 (31,4%) nel 2006, 14.521 (33,6%) nel 2007.

#### **Proposte**

- *Criteri per l'accesso all'assistenza riabilitativa domiciliare*. Elaborazione da parte di un gruppo tecnico di un documento che definisca il livello di disabilità e le condizioni ambientali e sociali idonee per un programma riabilitativo domiciliare.

### **Valutazione multidimensionale nei soggetti ipovedenti**

Gli ipovedenti accedono ai cinque Centri di riabilitazione visiva (CRV) presenti nella regione previa definizione diagnostica di un oftalmologo, mentre la valutazione diagnostico-funzionale di eventuali altre disabilità prevede il ricorso a molteplici figure professionali non disponibili presso il CRV. La mancanza di una valutazione multidimensionale presso il CRV determina un aumento dei tempi di presa in carico, la perdita di giornate lavorative dell'accompagnatore nonché l'elaborazione di percorsi riabilitativi non univoci.

#### **Proposte**

- *Valutazione multidimensionale*. Ciascun Centro per la riabilitazione visiva, al momento della presa in carico dell'utente, deve garantire presso il centro una valutazione multidimensionale dell'ipovedente adulto finalizzata a evidenziare eventuali compromissioni degli altri distretti corporei, in un tempo definito e in modalità coordinata.

### **Servizi distrettuali per la tutela e la presa in carico dei disabili adulti**

Anche per la presa in carico globale del disabile adulto deve essere garantito il ruolo del Distretto, in termini sia di produzione che di committenza all'interno della programmazione territoriale dell'offerta riabilitativa, configurandosi essi, così come previsto dalle Linee guida del Ministero della Sanità (Provvedimento del 7 maggio 1998), "come interfaccia propria e privilegiata tra gli interventi sanitari e le attività di riabilitazione sociale per l'ottimizzazione degli interventi e il raggiungimento dei risultati, specie nelle disabilità più gravi e complesse". Ai Servizi distrettuali per i Disabili Adulti è attribuita la responsabilità del progetto terapeutico-riabilitativo, attraverso équipe multidisciplinari per la tutela e la presa in carico sanitaria e socio-sanitaria della persona disabile (con esclusione delle disabilità psichiatriche) e la programmazione, l'attivazione e l'integrazione della rete di Servizi sociali e sanitari.

### **Proposte**

- *Qualificazione dei servizi.* Il modello organizzativo deve prevedere due principali settori di intervento, in stretto collegamento, idonei a rispondere ai bisogni di: 1) persone con disabilità complesse esito di patologie congenite e acquisite nel periodo evolutivo, con prevalente compromissione neuropsichica; 2) persone con disabilità esito di patologie congenite e acquisite con prevalente compromissione neuromotoria.
- *Definizione di protocolli operativi per l'integrazione con i Servizi del Dipartimento di salute mentale (DSM) e i Servizi sociali e sanitari del Distretto.* I protocolli sono finalizzati alla programmazione congiunta e alla realizzazione di interventi per specifiche fasce di utenza, orientati al soddisfacimento di bisogni complessi quali ad esempio strutture residenziali e semiresidenziali socio-riabilitative per il “dopo di noi” nelle situazioni più gravi e/o con doppia diagnosi.

### **Creazione di una rete che garantisca la continuità del percorso riabilitativo**

Il Piano sanitario nazionale ha ribadito la necessità che l'intervento riabilitativo sia precoce e che sia garantita la continuità delle cure nel passaggio dall'ospedale al territorio e poi al domicilio. A tal fine è prioritaria l'attivazione di un percorso che preveda la partecipazione di diverse competenze professionali e la costituzione di una rete integrata a diversi livelli di servizi e strutture, sviluppando l'integrazione tra aspetti sanitari e sociali.

### **Proposte**

- *Valutazione multidimensionale e continuità assistenziale.* Tutti i reparti per acuti, prima della dimissione di una persona con esiti di disabilità, devono garantire una valutazione multidimensionale che definisca il fabbisogno riabilitativo prevalente, individuando il regime assistenziale più appropriato (dall'ospedaliero al domiciliare). Tale valutazione andrà effettuata con le risorse disponibili nell'ospedale di ricovero o avvalendosi delle unità di valutazione territoriali. In una prima fase vanno messe in rete alcune tipologie di reparti per acuti (ad esempio ortopedia, neurologia e rianimazione) con i reparti di riabilitazione e tutte le strutture ex art. 26, con l'obbligo per le strutture di riabilitazione di notificare in un sistema informativo appositamente sviluppato la disponibilità di posti letto e di trattamenti riabilitativi.
- *Servizi per l'autonomia.* Oltre alla riqualificazione dei Servizi protesi e ausili delle ASL, andranno istituiti, in ogni provincia della regione, specifici Centri per l'Autonomia e l'Autodeterminazione (CpAA) delle persone con disabilità, come sperimentato dalla Regione Lazio con progetto triennale (D.G.R. 325 del 06/06/2006), al fine di promuovere il passaggio da una cultura dell'assistenza a una cultura dell'autonomia e dell'autodeterminazione. In particolare tali centri e servizi dovranno garantire: informazioni per le persone con disabilità e loro familiari e consulenza per gli operatori, coordinamento e integrazione con gli altri servizi coinvolti nel percorso riabilitativo, follow-up periodici per la valutazione dell'efficacia dell'ausilio assegnato e la verifica del suo corretto utilizzo, ritiro e corretta gestione del magazzino degli ausili.



### **Integrazione sociosanitaria**

L'integrazione sociosanitaria coinvolge differenti agenzie, diversi livelli organizzativi e molte professionalità; pertanto è indispensabile procedere alla chiara definizione delle competenze e della ripartizione dei costi tra gli ambiti sociale e sanitario, nonché alla definizione dell'eventuale compartecipazione alla spesa del cittadino utente.

#### **Proposte**

- *Punto unico di accesso integrato sanitario e sociale.* Collocato presso il Distretto con la funzione di fornire informazioni e orientamento al cittadino, valutare le necessità riabilitative e attivare gli eventuali percorsi assistenziali integrati;
- *definizione del bisogno attraverso la classificazione ICF dell'OMS.* L'ICF, essendo in grado di cogliere, oltre alle problematiche relative alle funzioni e alle strutture corporee, anche le limitazioni nelle attività e le restrizioni nella partecipazione, è lo strumento ideale per la valutazione di necessità di tipo sociosanitario.

### **Criteri di dimissione e/o erogazione in forma ciclica dei trattamenti riabilitativi**

Il percorso riabilitativo deve essere inserito nell'ambito di un progetto di durata definita, pur potendosi ravvisare la necessità di cicli di interventi. Per alcune disabilità, riferite a patologie di base non suscettibili di un mutamento, è opportuno attivare percorsi successivi al completamento della fase riabilitativa, in grado di rispondere a necessità prevalentemente sociosanitarie.

#### **Proposte**

- *Criteri per la definizione della ciclicità.* Al fine di evitare un ricorso improprio a trattamenti riabilitativi di durata indefinita in forma ciclica, vanno elaborati specifici criteri per individuare le disabilità alle quali riservare tale modalità di trattamento e definirne la durata massima;
- *percorso protetto.* Possibilità di trasferimento del paziente da un ambito strettamente riabilitativo ad altro ambito, come RSA, casa famiglia, casa alloggio e domicilio con la garanzia di supporto assistenziale (ADI). Il momento della dimissione dalla struttura di riabilitazione e l'attivazione dei percorsi successivi vanno gestiti dalla struttura, congiuntamente alla famiglia e all'unità di valutazione multidimensionale distrettuale, per evitare disagi o situazioni di discontinuità terapeutica e assistenziale.

## 6. Aree di integrazione

### 6.a Salute e multietnicità<sup>29</sup>

La regione Lazio è una delle aree del Paese maggiormente interessate dal fenomeno migratorio: secondo le stime del Dossier statistico immigrazione della Caritas/Migrantes, i cittadini stranieri presenti alla fine del 2006 erano 500.007. L'impatto demografico del fenomeno è stimato di poco superiore al 9%, a fronte di un valore medio nazionale del 6%.

Come nel resto dell'Italia, anche nel Lazio l'immigrazione tende ad assumere i caratteri della strutturalità. Il radicamento sociale e demografico di alcune comunità etniche, l'elevata presenza di nuclei familiari di origine immigrata, il numero crescente di minori (12% della popolazione totale immigrata) sono tutti indicatori di una stabilizzazione oramai consolidata.

Gli stranieri provengono prevalentemente dall'Europa centro-orientale (37,9%): i primi Paesi per numero di presenze appartengono tutti all'area dell'Est europeo, ad eccezione delle Filippine al secondo posto (la Romania al primo posto con il 21,4%, la Polonia al terzo con il 6,7%, infine l'Ucraina e l'Albania con circa il 5%). Seguono poi i Paesi dell'Asia (20,8%), dell'America latina (11,4%) e dell'Africa (11,1%).

La distribuzione degli immigrati sul territorio regionale vede l'87,2% degli immigrati concentrarsi nella provincia di Roma, il 4,4% a Latina, il 3,5% rispettivamente nelle province di Viterbo e Frosinone, e solo l'1,4% nella provincia di Rieti.

Le donne rappresentano il 56% della popolazione straniera, con una percentuale in rapida crescita negli ultimi anni. Se confrontato con il valore nazionale del 50%, il dato conferma una spiccata connotazione del fenomeno migratorio al femminile, soprattutto a Roma.

Per quanto riguarda l'età, gli stranieri sono prevalentemente giovani (61,5% tra 19 e 40 anni), anche se nel Lazio la percentuale di ultraquarantenni è superiore alla media nazionale, come riflesso di una più antica immigrazione (30,3% rispetto a 26,9%).

Tra i motivi di soggiorno, prevalgono il lavoro (57,3%) e i ricongiungimenti familiari (21,6%).

In questi ultimi anni, i tentativi volti a descrivere lo stato di salute della popolazione immigrata hanno dovuto scontare una serie di difficoltà, derivanti in parte dalla natura del fenomeno – caratterizzato da spiccata eterogeneità ed evolutività – e in parte dall'inadeguatezza dei sistemi di rilevazione.

Nonostante tali difficoltà, è oggi possibile ricostruire in modo relativamente accurato il profilo epidemiologico della popolazione immigrata, grazie alle informazioni sanitarie provenienti da esperienze locali (Caritas, IRCCS San Gallicano) e, più recentemente, al crescente utilizzo dei dati amministrativi rilevati dai sistemi informativi correnti (primo tra tutti il Sistema informativo ospedaliero, SIO). Attraverso l'analisi dei dati SIO, ad esempio, è stato possibile evidenziare a livello regionale un ricorso all'ospedalizzazione da parte degli immigrati minore rispetto alla popolazione residente, e per motivi legati soprattutto a eventi fisiologici, come il parto, o accidentali, come i traumi. Si è registrato

---

<sup>29</sup> Il presente documento è stato condiviso con il Gruppo di lavoro per la promozione e la tutela della salute degli Immigrati (tavolo interistituzionale operante presso l'Assessorato alla Sanità della Regione Lazio e istituito con Determina n. D0162 del 26 gennaio 2006).

inoltre un numero crescente di ricoveri per patologie croniche (tumori, broncopneumopatie ecc.), cui è corrisposta in questi anni una minore frequenza di accessi, in termini assoluti oltre che relativi, per cause infettive.

Rimangono attualmente non coperti da rilevazione routinaria alcuni ambiti dell'assistenza sanitaria, come ad esempio quello relativo al primo livello per gli stranieri irregolari (cosiddetti immigrati STP). A riguardo, è stato sperimentato con successo a livello nazionale un modello di rete informativa in grado di connettere gli ambulatori (pubblici e del privato sociale) dedicati all'assistenza primaria degli STP (Progetto OSI). L'implementazione di tale flusso a livello regionale getterebbe le basi per la realizzazione di un Osservatorio sulla salute degli immigrati, da realizzare attraverso l'integrazione del nuovo sistema informativo con i flussi già esistenti e lo sviluppo di opportuni indicatori.

Sul piano delle valutazioni epidemiologiche, viene segnalata da più parti la presenza di alcune condizioni di criticità sanitaria, riconducibili ad uno stato di vulnerabilità sociale degli immigrati. In particolare, si segnalano l'eccessivo ricorso alle IVG da parte delle donne immigrate e l'alta incidenza di infortuni sul lavoro tra gli uomini. Vi sono inoltre gruppi di popolazione a elevato rischio di esclusione, ad esempio i Rom/Sinti e la comunità cinese; accanto a situazioni di eccezionale fragilità, come quella dei rifugiati, delle vittime di tortura, delle donne e dei minori vittime di sfruttamento sessuale.

#### **Monitorare i bisogni di salute e il ricorso ai servizi sanitari**

Lo sviluppo di adeguati strumenti per la rilevazione sistematica delle condizioni di salute degli stranieri è requisito indispensabile per una programmazione sanitaria più rispondente ai bisogni reali della popolazione immigrata.

##### **Obiettivo**

Avviare un sistema di monitoraggio delle iscrizioni da parte degli immigrati regolari al Servizio sanitario regionale.

##### **Azione**

Adeguamento della banca dati dell'Anagrafe sanitaria del Lazio.

##### **Obiettivo**

Rilevare l'andamento del rilascio di codici STP a immigrati momentaneamente senza permesso di soggiorno.

##### **Azione**

Costruzione di un sistema di rilascio automatizzato dei tesserini e organizzazione di un archivio regionale informatizzato dei codici STP.

##### **Obiettivo**

Sviluppare i flussi informativi sanitari correnti (SIO, SIAS, SIES, Registri), in modo da favorire un loro utilizzo sistematico e integrato con altri flussi non sanitari (anagrafi comunali ecc.) a fini epidemiologici.

##### **Azione**

Potenziamento della capacità identificativa degli utenti stranieri (regolari e irregolari) negli archivi sanitari e descrittiva delle loro principali caratteristiche socio-demografiche.

**Obiettivo**

Sviluppare nuovi strumenti informativi, specificamente orientati al monitoraggio di ambiti particolari dell'assistenza sanitaria, attualmente non coperti dai sistemi di rilevazione correnti.

**Azione**

Implementazione a livello regionale di un nuovo flusso informativo sanitario sull'assistenza di primo livello agli immigrati irregolari.

**Garantire l'accesso ai servizi sociosanitari**

L'accessibilità è uno dei nodi cruciali del diritto all'assistenza sanitaria che, accanto alla questione giuridica del riconoscimento formale, pone quella più sostanziale del superamento delle barriere burocratiche, linguistiche e culturali alla fruibilità delle prestazioni.

**Obiettivo**

Informare la popolazione immigrata sui diritti alla salute e all'assistenza sanitaria, sull'offerta di servizi territoriali e sui percorsi assistenziali.

**Azione**

Predisposizione e diffusione da parte delle Aziende sanitarie, in collaborazione con il privato sociale e le associazioni degli immigrati, di materiale informativo sul diritto all'assistenza sanitaria, da distribuire al momento del rilascio del permesso di soggiorno (o in altre occasioni di contatto con le istituzioni) e attraverso il coinvolgimento attivo delle comunità etniche.

Messa a punto di "mappe di fruibilità" dei servizi, contenenti informazioni dettagliate sulla dislocazione territoriale delle strutture sociosanitarie, soprattutto quelle di prima assistenza (ambulatori STP, consultori familiari, centri vaccinali, CSM ecc.), e sui percorsi di accesso alle prestazioni.

**Obiettivo**

Formare il personale operante nei servizi sociosanitari sui temi dell'intercultura in sanità.

**Azione**

Organizzazione di corsi di formazione sui temi della salute globale e della medicina e infermieristica transculturale, sugli aspetti legislativi e amministrativi che regolano l'accesso degli immigrati ai servizi, rivolti agli operatori sociosanitari e, soprattutto per gli argomenti normativi, agli operatori del front office.

**Obiettivo**

Promuovere la mediazione culturale in sanità.

**Azione**

Implementazione di programmi e servizi di mediazione culturale a livello di ciascuna Azienda sanitaria territoriale, che prevedano anche il coinvolgimento e la valorizzazione del personale di origine straniera già presente nei servizi.

**Obiettivo**

Riorientare i servizi territoriali e ospedalieri in funzione di un'utenza multi-etnica.

### **Azione**

Organizzazione flessibile dell'offerta, in grado di tenere conto delle esigenze dell'utenza straniera, con apertura degli ambulatori in giorni e orari più favorevoli all'accesso degli immigrati; individuazione di eventuali percorsi facilitati e adeguata segnaletica interna.

### **Implementare strategie di sanità pubblica per la promozione della salute**

Le attività di sanità pubblica in favore degli immigrati si articolano in programmi coordinati di prevenzione e assistenza, specificamente orientati su condizioni e/o gruppi di popolazione ad alto rischio di esiti negativi per la salute.

### **Obiettivo**

Promuovere, collegare e coordinare le attività sanitarie regionali in favore degli immigrati mediante l'adozione di modelli di sanità pubblica incentrati sulla sinergia pubblico-privato sociale e sulle esperienze di rete.

### **Azione**

Sviluppo di reti multidisciplinari, istituzionali e non, in cui trovino spazio e valorizzazione anche le esperienze del privato sociale, del volontariato e dell'associazionismo degli immigrati.

### **Obiettivo**

Adottare strategie di offerta attiva nella prevenzione e nell'assistenza sanitaria, in riferimento a specifiche aree di criticità sanitaria.

### **Azione**

Sviluppo di progetti di tutela e promozione della salute nei confronti di particolari condizioni critiche (salute della donna e del bambino, infortuni sul lavoro, salute orale ecc.) o gruppi a rischio di esclusione sociale (comunità etniche particolarmente isolate, come quella cinese, o categorie lavorative poco visibili, come le badanti). Un'attenzione speciale va riservata ai richiedenti asilo, ai rifugiati e alle vittime di violazione dei diritti umani fondamentali, attraverso specifici interventi di offerta attiva di prestazioni e la creazione di percorsi privilegiati di accesso.

### **Obiettivo**

Promuovere campagne di orientamento ai servizi, educazione alla salute e accessibilità dell'assistenza sanitaria in favore della popolazione rom e sinta.

### **Azione**

Organizzazione di interventi su scala di popolazione che prevedano l'offerta attiva di misure preventive e di educazione alla salute e l'orientamento alle strutture in base ai bisogni sanitari, da realizzarsi direttamente negli insediamenti zingari da parte del personale sociosanitario con la mediazione degli operatori del privato sociale e del volontariato.

### **Obiettivo**

Favorire la partecipazione attiva delle comunità etniche nella definizione dei bisogni di salute e nelle scelte in sanità, in una logica di empowerment e di relazioni reciproche.

### **Azione**

Coinvolgimento degli stranieri nella pianificazione delle attività sanitarie, anche attraverso la creazione di specifiche "Consulte per una salute interculturale", con rappresentanti delle istituzioni sanitarie, degli Enti locali, dell'associazionismo e delle comunità etniche.

### **Potenziare e qualificare il sistema di accoglienza sanitaria di bambini adottati all'estero**

I bambini adottati all'estero sono ritenuti soggetti che necessitano un'attenzione medica particolare, infatti in USA, Canada ed in molti Stati Europei, da oltre 15 anni, si eseguono esami di screening sui bambini adottati al loro arrivo nel paese di accoglienza.

In Italia, in assenza di indicazioni ufficiali da parte del Ministero della Salute, alcune Regioni hanno regolamentato l'accoglienza sanitaria dei bambini adottati in diverse forme.

Nell'ambito della programmazione e potenziamento degli interventi di sostegno alle famiglie adottive, occorre affrontare razionalmente ed efficacemente il problema della valutazione dello stato di salute del bambino adottato all'estero, attraverso l'attività dei pediatri di libera scelta e dei pediatri dipendenti del SSR. Ciò in attuazione della Convenzione internazionale di New York sui diritti del fanciullo del 1989, recepita con legge italiana nel 1991, che ha individuato tra le diverse categorie di bambini immigrati quella dei "bambini adottati all'estero" quali portatori di specifiche problematiche sociosanitarie da individuare mediante indagini clinico-epidemiologiche peculiari.

Come segnalato dalla letteratura medica internazionale, una buona proporzione dei bambini adottati all'estero sono portatori di problemi sanitari spesso sottovalutati. La documentazione sanitaria è carente e poco attendibile, così come i certificati di vaccinazione prodotti dai paesi d'origine.

### **Obiettivo**

Fornire una completa e competente valutazione dello stato di salute del bambino adottato all'estero, attraverso l'attività dei pediatri di libera scelta e dei pediatri dipendenti del SSR.

### **Azione**

In considerazione della rilevanza sociale del fenomeno dell'adozione, la Regione Lazio, quarta per numero di adozioni internazionali dopo Lombardia, Veneto e Toscana, con 298 adozioni registrate nel 2008, vuole affrontare questo problema attraverso l'emanazione di linee guida regionali. Le linee guida regionali terranno conto delle patologie di più frequente riscontro nei bambini che hanno vissuto in condizioni igienico-sanitarie di degrado e delle malattie endemiche nei paesi d'origine, definiranno le modalità di attivazione dell'accoglienza medica attraverso i pediatri di libera scelta, e le modalità di aggiornamento di questi ultimi.

Le Aziende sanitarie avvalendosi dei pediatri di libera scelta e di quelli dipendenti assicurano, pertanto, un'attenta e accurata accoglienza sanitaria subito dopo l'arrivo in Italia e, di norma, prima dell'inserimento in comunità infantili attraverso prestazioni diagnostico assistenziali, indicate dalle linee guida regionali. Le linee guida verranno elaborate dagli Assessorati Regionali alle Politiche Sociali e alla Sanità, anche sulla base del protocollo approvato dalla Commissione Adozioni Internazionali della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Un gruppo di lavoro che coinvolga l'Assessorato alla Sanità, l'Assessorato alle Politiche Sociali e il Comitato tecnico regionale per le adozioni, si occuperà del monitoraggio dell'attuazione delle linee guida nelle Aziende sanitarie locali, anche al fine di promuovere la collaborazione tra i pediatri e i servizi sociosanitari del territorio per una corretta presa in

carico del bambino adottato, nel quadro delle linee indicate dal PSR per la realizzazione della integrazione sociosanitaria.

## 6.b Salute della donna

Negli ultimi decenni le condizioni sociali delle donne hanno subito cambiamenti profondi. Oggi le donne vivono più a lungo (la speranza di vita alla nascita è di 84 anni, fonte: ISTAT), lavorano più spesso fuori casa (il 48% delle donne nel 2005 risultano occupate secondo la rilevazione dell'ISTAT), costituiscono il loro nucleo familiare più tardi e di conseguenza decidono di avere un figlio in età più avanzata rispetto al passato. Anche le condizioni sociali sono caratterizzate da un minor supporto offerto dal sistema di relazioni (parentali, di vicinato ecc). Si osserva, inoltre, un aumento consistente delle donne immigrate, che portano con loro un bagaglio sociale e culturale diverso dal modello predominante. A fronte di queste modifiche socio-demografiche si constata che il modello attuale non è in grado di supportare sufficientemente la vita e le scelte delle donne rispetto ai bisogni sociosanitari.

La promozione della salute della donna rappresenta quindi un impegno strategico per il SSR. L'attenzione alla salute delle donne è necessaria al fine di tutelare la specificità di genere e conseguire la parità di opportunità, tenuto presente che le condizioni di vita delle donne, determinate dal modello sociale e culturale, sono di fatto diverse da quelle degli uomini.

La risposta ai bisogni di salute delle donne necessita di una forte integrazione tra i servizi. Importante è l'attività di promozione della salute e del benessere finalizzata a migliorare la competenza e aumentare la consapevolezza nelle scelte di salute. Il miglioramento dei servizi è da raggiungersi anche attraverso il coinvolgimento diretto delle donne alla pianificazione degli interventi mediante azioni volte a svilupparne l'empowerment. Nei confronti della salute delle donne i principi di solidarietà e di equità di accesso alle strutture devono essere garantiti, specialmente verso le persone svantaggiate e fragili come le donne immigrate o le donne anziane che molto spesso vivono l'esperienza della solitudine.

Vi sono altri aspetti da considerare attentamente, per i quali il servizio sanitario può svolgere un ruolo di promozione, di *advocacy*, di ricerca, di informazione e/o di denuncia.

È oramai nota la relazione tra stato di salute e disparità di genere che agisce in tre settori sociali rilevanti: famiglia, mercato del lavoro e sistema di welfare. È necessario, in questa prospettiva, avviare una riflessione sulla dimensione di "genere" della malattia e della salute e sulle disuguaglianze di accesso ai diritti fondamentali di cittadinanza. Vi sono alcuni ambiti specifici su cui i servizi sanitari possono agire.

Si fa riferimento innanzitutto all'autodeterminazione delle donne sul proprio corpo e sulla propria salute. In questo ambito il servizio sanitario può svolgere un ruolo importante, oltre a quello strettamente legato all'organizzazione e integrazione dei servizi. Si ritiene infatti di rilevante interesse avviare iniziative di contrasto alla "normazione corporea", ovvero al modello di corpo che viene socialmente e culturalmente sostenuto e diffuso mediante la comunicazione mass mediatica e che è oggi da considerarsi quale grave fattore di rischio per la salute.

Altro aspetto ragguardevole è quello inerente alla promozione delle condizioni favorevoli un alleggerimento del carico derivante dall'attività di cura che la donna deve attualmente sopportare, quale caregiver informale socialmente identificato. In questo senso è anche da interpretare la riorganizzazione delle attività delle cure primarie e intermedie che è dettagliata nella specifica parte di Piano ad esse dedicate.

Per quanto riguarda le attività di più stretta pertinenza dei servizi sanitari, di seguito vengono identificati alcuni interventi ritenuti prioritari.

### **La promozione della salute in adolescenza**

L'adolescenza è un momento delicato e complesso nel quale gli interventi di promozione della salute possono positivamente indirizzare gli stili di vita, ad esempio contrastando efficacemente i disturbi alimentari, l'obesità e favorendo una sessualità consapevole. Inoltre, gli interventi orientati a promuovere stili di vita sani rappresentano per questa fascia di popolazione un investimento per il futuro, riducendo l'incidenza di patologie importanti come il diabete, le malattie cardiovascolari e i tumori.

Il consultorio familiare rappresenta un servizio territoriale privilegiato per condurre l'attività di promozione della salute.

#### **Proposte**

- Rafforzamento dei consultori nell'attività di prevenzione e promozione della salute, e nelle attività svolte presso gli spazi giovani (vedi anche Parte III, cap. 3.k), con particolare riferimento alla salute riproduttiva, all'attenzione ai gruppi a rischio e alla promozione di un adeguato e armonico sviluppo psicofisico.

### **La salute riproduttiva**

Il tema della salute riproduttiva non deve essere considerato come un qualsiasi altro aspetto di salute, in quanto esso è caratterizzato quasi sempre da condizioni fisiologiche, ed è importante quindi che l'approccio con cui si affronta tenga conto di questa specificità, per evitarne la medicalizzazione.

Negli ultimi anni si sono osservati importanti cambiamenti epidemiologici: la natalità è lievemente diminuita passando dall'11,1 per 1.000 nati nel 1980 a 10 per 1.000 nel 2006; dal 1985 al 2006 la frequenza di donne alla prima gravidanza con età superiore o uguale a 30 anni è passata dal 18,1% al 59,8%; la proporzione di donne immigrate che partoriscono è passata dal 4,3% del 1990 al 20,5% del 2006; l'incremento dei parti con taglio cesareo colloca il Lazio ai primi posti in Italia (44% a fronte di una media nazionale di 35,2%), con grandi differenze tra le strutture; a fronte di un andamento stabile nel tasso di interruzione volontaria di gravidanza (tasso di abortività pari a 11,8 per 1.000 donne) si rileva un incremento importante nel Lazio degli interventi effettuati da donne nate all'estero (5,4% nel 1987 vs 43% nel 2006).

Nonostante il complessivo miglioramento delle condizioni di salute riproduttiva si evidenziano ancora alcuni aspetti critici rispetto all'offerta assistenziale: disuguaglianze nell'accesso alle cure, inappropriately nell'uso di alcune tecnologie e procedure, insufficiente utilizzo di interventi di prevenzione primaria semplici, a basso costo e di documentata efficacia come la supplementazione con acido folico in epoca periconcezionale. I dati disponibili nel Lazio dimostrano che per alcuni gruppi di popolazione in situazioni di particolare svantaggio, come le donne provenienti da paesi in via di sviluppo o nomadi, risulta scarso l'accesso a controlli prenatali appropriati.



### **Proposte**

- Individuazione di percorsi che vadano verso una demedicalizzazione dell'assistenza, nel rispetto della fisiologia della gravidanza, del parto e del puerperio da realizzare attraverso un sistematico collegamento fra servizi territoriali, principalmente individuati nella rete dei consultori, e punti nascita (vedi Allegato G "Percorso nascita");
- riduzione del ricorso al taglio cesareo nelle gravidanze a basso rischio, in accordo con le linee guida regionali;
- rafforzamento del ruolo dei consultori per gli aspetti di assistenza sanitaria e psicologica per le donne che decidono di interrompere una gravidanza;
- offerta di un percorso idoneo alle donne straniere attraverso servizi di mediazione culturale;
- promozione di una rete di servizi ostetrici per la presa in carico di gravidanze ad alto rischio per patologia materna o fetale, ivi inclusi i difetti congeniti, in collegamento funzionale con le Unità di Terapia Intensiva Neonatale per aumentare la prassi del trasferimento in utero rispetto a quella del trasporto neonatale.

### **Procreazione medicalmente assistita**

Rispetto alla Procreazione medicalmente assistita (PMA), con la D.G.R. 66/2008 la Regione Lazio ha approvato i Requisiti strutturali, tecnico-scientifici e organizzativi minimi delle strutture pubbliche e private all'esercizio dell'attività di PMA. A fronte di tale provvedimento non è stato ancora completato il processo autorizzativo finalizzato alla creazione di una rete di centri di I, II e III livello così come previsto dall'art 10 comma 1 della legge n. 40 del 19 febbraio 2004. Sulla base dei dati pubblicati dal Registro nazionale delle strutture autorizzate all'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita il rapporto fra centri autorizzati e popolazione in età fertile per le regioni del Nord Italia risulta pari a circa 2,7 x 100.000: 1 per i centri di I livello e 1,7 per quelli di II e III livello. Se applichiamo questi valori alla popolazione del Lazio è possibile stimare un fabbisogno complessivo per la regione di 36 centri di PMA di cui 13 di I livello e 22 di II e III livello.

### **Le Interruzioni volontarie di gravidanza**

Un aspetto della salute femminile fisica e psichica è sicuramente legato alle IVG e agli aborti terapeutici. Nel Lazio nel 2007 sono state effettuate 14.716 IVG; il tasso di abortività per 1.000 donne residenti di 15-49 anni era pari a 11,1, di poco più alto della media nazionale (9,1 per 1.000, anno 2007). Il fenomeno è in costante diminuzione dai primi anni successivi all'applicazione della Legge 194/78 (il tasso di abortività era pari a 20,6 nel 1982). Il 71% degli interventi sono prime IVG, mentre il restante 29% riguarda interventi ripetuti. Il quadro regionale mostra una forte mobilità delle utenti che si spostano dalla propria ASL di residenza per effettuare l'intervento, tempi di attesa dalla certificazione alti e un aumento molto forte di IVG effettuate a settimane di gestazione avanzate. È da evidenziare inoltre la forte percentuale di donne straniere che richiedono questo servizio; queste donne hanno una prevalenza più alta di IVG ripetute rispetto alle donne italiane.

### **Proposte**

- Per la prevenzione delle IVG, e in particolar modo di quelle ripetute, è necessario rafforzare il ruolo dei Consultori familiari nella realizzazione di interventi attivi di educazione al salute rivolti a particolari gruppi di

- popolazione (adolescenti, donne immigrate, donne con una storia di abortività ripetuta, donne in particolari condizioni di svantaggio sociale, di povertà e con bassa istruzione);
- per abbattere i tempi di attesa è necessario garantire l'applicazione dell'articolo 9 della Legge 194/78 riguardo all'obiezione di coscienza. Tale norma va rispettata facendo sì che tutti gli operatori delle UO di Ostetricia e Ginecologia dove è presente un servizio IVG sottoscrivano un protocollo nel quale si ribadisce il diritto della donna a ricevere l'assistenza sanitaria e il supporto psicologico più adeguato nella fase antecedente e conseguente all'intervento da parte del personale del reparto, ivi inclusi gli operatori obiettori. In carenza di personale, l'Azienda dovrà stipulare contratti ad hoc con personale esterno. Tutte le donne che hanno ricevuto la certificazione dal Consultorio familiare dovranno essere supportate da un operatore del servizio durante la fase immediatamente precedente e successiva all'intervento. Per garantire il conseguente ritorno al Consultorio per la contraccezione, il comportamento del personale dello stesso dovrà essere non solo di puro invio alla struttura ospedaliera, ma di guida al percorso, possibilmente con prenotazione. Attraverso opportuni accordi tra le strutture e i consultori, la presa in carico da parte del Consultorio della donna dopo l'intervento dovrà essere garantita anche per coloro che hanno ottenuto la certificazione da un altro servizio. Nel caso di decisione di aborto terapeutico conseguente ad una diagnosi prenatale o a gravi condizioni di salute della donna, il centro che effettua la diagnosi deve inserire la donna nel percorso di interruzione della gravidanza. I servizi ospedalieri devono garantire la qualità dell'intervento attraverso il giusto grado di riservatezza alle utenti con ambienti dedicati (degenza in stanze separate da ricoveri per patologie ginecologiche e/o per gravidanza e parto) e il supporto psicologico.

### **I tumori**

I tumori, oltre ad essere patologie importanti per la salute femminile, possono portare a forti conseguenze emotive in quanto intaccano l'essenza stessa della femminilità. Il quadro epidemiologico negli ultimi anni sta mutando, ad esempio si osserva nelle donne un'alta prevalenza del tumore del polmone (incidenza pari a 17 per 100.000), frutto della diffusione dell'abitudine al fumo (vedi anche Parte II, cap. 4). Per i tumori femminili è molto importante consolidare gli interventi di prevenzione realizzati attraverso i programmi di screening regionali. Occorre che gli screening vengano svolti il più possibile all'interno dei programmi organizzati delle ASL, che garantiscono percorsi diagnostici e terapeutici appropriati e di qualità, per evitare che gli screening spontanei vadano incontro a problemi di inappropriatelyzza e in particolare a sovradiagnosi e sovratrattamento (vedi anche Parte III, cap. 2.c).

### **Proposte**

- Garantire percorsi di diagnostica preventiva, cura e sostegno appropriati; incrementare la copertura e l'adesione ai programmi di screening regionali anche attraverso una capillare campagna di pubblicizzazione volta ad aumentare le conoscenze delle donne sui temi della prevenzione; convogliare le richieste spontanee di test di screening all'interno dei programmi organizzati dalle ASL;
- promuovere sia attività di sostegno psicologico e di presa in carico nella fase delle cure, sia di aiuto al reinserimento nel mondo del lavoro nelle fasi successive.

### **La promozione della salute per le donne anziane**

Nel Lazio nel 2007 le donne ultrasessantacinquenni residenti sono circa 620.500, delle quali il 55,5% risulta non coniugato (vedove, nubili e divorziate). Per questa fascia di popolazione femminile aspetti rilevanti di salute sono le malattie cardiovascolari, che costituiscono la prima causa di ricovero (20,4% delle dimissioni ospedaliere), i tumori, altre patologie croniche e l'osteoporosi (l'incidenza di ospedalizzazione per frattura di femore è pari al 7,97 per 100.000), le cui conseguenze sono pesanti, sia in termini di morbilità, disabilità e mortalità (circa il 15-25%) che di impatto socioeconomico. Dal punto di vista dei fattori di rischio risulta elevata la proporzione di donne fumatrici (il 25% delle donne fuma una media di 13 sigarette al giorno), molto alta (40%) la percentuale di donne sovrappeso, mentre la metà della popolazione femminile in menopausa è ipertesa o viene trattata per ipertensione, e il 48% non svolge attività fisica nel tempo libero (fonte: progetto Cuore-ISS). Altro elemento rilevante è rappresentato dai traumi accidentali, che in questa fascia di popolazione possono avere conseguenze gravi ed esitare in disabilità. Si osservano forti differenze territoriali e socioeconomiche nell'accesso al sistema di cure appropriate. I percorsi assistenziali dovrebbero tenere conto di alcune specificità di genere, come ad esempio la sintomatologia per le malattie cardiovascolari che nelle donne è meno evidente. Appare chiaro che uno degli strumenti per mantenere la buona salute è rappresentato, in questa fascia di popolazione, da uno stile di vita salutare, basato sull'attività fisica, una dieta povera in grassi saturi, un consumo adeguato di frutta e verdura e l'eliminazione dell'abitudine al fumo.

#### **Proposte**

- Promuovere strategie di prevenzione primaria e secondaria nell'ambito della medicina territoriale, dei centri di riabilitazione e delle strutture residenziali e semiresidenziali;
- promuovere interventi specifici per le donne anziane che vivono sole. Tali interventi devono prevedere integrazione tra i servizi territoriali, ospedalieri e sociali.

### **6.c Salute del bambino**

L'età evolutiva rappresenta per ogni individuo il laboratorio nel quale si sperimentano esperienze che possono indurre un più o meno positivo sviluppo della vita e numerose sono le variabili coinvolte nel processo di accrescimento. Una cura particolare è stata posta negli ultimi anni nel valorizzare tutti gli elementi atti a promuovere lo sviluppo fisiologico del bambino. Un esempio fra tutti è la promozione dell'allattamento al seno, risultato essere particolarmente adatto oltre che a soddisfare i bisogni alimentari ed emotivo-psicologici del neonato, anche a rappresentare una fonte importante di difese immunitarie.

Il compito prioritario del sistema sanitario consiste nel dare una risposta appropriata ai bisogni di salute dei bambini attraverso lo sviluppo di politiche sanitarie basate sui principi cardine della continuità assistenziale e dell'integrazione fra interventi sanitari e sociali. Inoltre, sono necessarie azioni specifiche per i bambini che si trovano in condizioni socioeconomiche svantaggiate o che vivono situazioni di disagio, soprattutto attraverso un sostegno diretto alle famiglie. Nell'ambito della salute in età evolutiva deve essere forte l'integrazione con le scuole per attivare interventi di educazione sanitaria e di promozione della salute. Per i bambini affetti da patologie croniche, malattie congenite o

disontogenetiche e da disabilità è necessario poter disporre di reti assistenziali caratterizzate da forte integrazione fra ospedale e territorio e di strutture di eccellenza per i casi più gravi e complessi.

Il miglioramento delle condizioni sociali, culturali ed economiche della società e i progressi raggiunti nelle cure pediatriche hanno determinato un sensibile e costante miglioramento dello stato di salute della popolazione in età evolutiva. Il quadro epidemiologico ha visto la riduzione nel tempo della mortalità e morbosità associate a patologie acute, come quelle respiratorie e infettive, ma parallelamente sono insorte le problematiche sanitarie legate all'aumento delle malattie croniche, degli incidenti, dei disturbi dello sviluppo neuromotorio, cognitivo, neuropsicologico e psicologico. Assistiamo ad un progressivo decremento della mortalità infantile e in età evolutiva. Nel 2006 il tasso di natimortalità era pari al 2,5 per 1.000 nati mentre il tasso di mortalità infantile era pari al 3,7 per 1.000 nati, simile al valore nazionale (3,1 e 3,7). Il tasso di mortalità nel Lazio è diminuito da 26,4 per 100.000 nel 1991 a 17,3 nel 2006 nella fascia 1-4 anni, da 18,7 a 7,6 nella classe 5-9 anni e da 16,8 a 7,2 in quella 10-14 anni. Il decremento della mortalità feto-infantile ha determinato un aumento della sopravvivenza di bambini con prematurità estrema o con patologie malformative.

I bambini con patologia cronica (7,6% dei bambini di età 0-14 anni) e disabilità costituiscono la principale sfida per l'assistenza pediatrica, perché in alcuni casi le risorse terapeutiche possono essere carenti o non razionalmente distribuite, o perché le strategie di cura richiedono uno stretto coordinamento tra l'area delle cure ospedaliere e quella delle cure primarie, oppure perché i bisogni assistenziali richiedono il coinvolgimento di figure non sanitarie (servizi sociali, volontariato, famiglie). Una stima basata sui dati della Multiscopo individua circa 7.000 bambini di età 6-14 anni in una condizione di disabilità nel Lazio. Dopo il primo anno di vita le cause accidentali rappresentano una delle prime cause di decesso. La sorveglianza degli accessi alle strutture di emergenza per incidenti domestici nella regione Lazio, basata sul SIES, dimostra che l'11% circa dei bambini sotto i 15 anni è costretto ogni anno a ricorrere alle cure mediche presso un PS; la conseguente ospedalizzazione riguarda il 4,7% dei bambini. Condizioni ambientali, sociali (bassa scolarizzazione dei genitori), fattori di stress per la famiglia e personalità del bambino rappresentano i fattori maggiormente associati a questo fenomeno.

Alcuni studi stimano l'incidenza annua di nuovi casi di abuso su minori da un minimo di 3 ad un massimo di 6 per 1.000 bambini sotto i 15 anni.

Un altro aspetto che negli ultimi anni sta diventando molto rilevante riguarda l'incremento di sovrappeso e obesità infantili associati a iperalimentazione e insufficiente attività fisica.

I bambini con bisogni speciali necessitano di controlli di salute e interventi di prevenzione primaria e secondaria non occasionali ma stabilmente inseriti in un progetto assistenziale. Accanto a queste condizioni di potenziale vulnerabilità se ne possono individuare altre maggiormente legate a situazioni di povertà economica e culturale e di disagio sociale.

Per quanto riguarda l'offerta ospedaliera la realtà dei servizi pediatrici ospedalieri del Lazio è molto articolata per le sue differenti tipologie e diffusa su tutto il territorio. Accanto ai reparti di pediatria generale, è ben rappresentata l'offerta di reparti chirurgici così come quella di reparti di elevata specialità. Nel Lazio nel 2006 i ricoveri per acuti tra i bambini sotto i 15 anni sono stati 69.563 in regime ordinario e 86.303 in day hospital; il tasso di ospedalizzazione è stato pari a 77,9 per 1.000 residenti in regime ordinario e 96,9 per 1.000 residenti in day hospital (155,8 per 1.000 accessi in day hospital).

Un'analisi delle singole diagnosi di dimissione dimostra che una quota rilevante di questi ricoveri è a forte rischio di inappropriatezza in regime ordinario e spesso riguarda condizioni che potrebbero essere trattate correttamente in un

ambito non ospedaliero. Le prime due cause mediche di ricovero sono infatti gastroenteriti e otiti e altre infezioni delle alte vie respiratorie. Esiste in questo ambito una disparità di trattamento, essendo i bambini socialmente svantaggiati quelli a maggior rischio di accesso in ospedale. Anche i risultati dei dati di PS dimostrano come sia elevata la quota di bambini con accesso non appropriato a strutture di emergenza per problemi che possono essere risolti dall'area delle cure territoriali.

**Proposte (vedi anche l'Allegato 1.C "Rete pediatrica")**

- Promozione di progetti obiettivo a forte integrazione sociosanitaria rivolti a gruppi di popolazione appartenenti a comunità vulnerabili (donne con storia di immigrazione recente, famiglie monoparentali, nomadi, minorenni in gravidanza o che richiedono un'IVG, donne con dipendenza da alcol o droghe o con patologia psichiatrica);
- elaborazione e diffusione di raccomandazioni/linee guida sull'allattamento al seno rivolte alle donne e agli operatori sociosanitari; realizzazione di corsi di formazione per gli operatori; realizzazione del *rooming in* e consulenze alle mamme nei punti nascita; integrazione con i reparti di Patologia neonatale e Terapia intensiva neonatale (TIN) per il mantenimento dell'allattamento al seno; promozione dell'attività di consulenza alle mamme nei consultori; consolidamento ed estensione del progetto Ospedale Amico del Bambino che attualmente vede coinvolti 14 Ospedali della regione con una struttura pubblica che ha ottenuto nell'ambito del progetto il riconoscimento da parte dell'OMS/UNICEF (Ospedale Belcolle di Viterbo);
- implementazione di interventi di promozione della salute e di comunicazione, sul modello del progetto Genitoripiù per la prevenzione dai rischi più diversi: malformazioni, basso peso alla nascita, morte in culla – SIDS, infezioni, traumi stradali, obesità, difficoltà cognitive e relazionali;
- promozione di interventi di prevenzione primaria, concernenti in particolar modo il controllo dei fattori di rischio legati agli stili di vita, ad esempio educazione alimentare e sanitaria nelle scuole, e la prevenzione della morbosità e mortalità da cause accidentali attraverso la linea operativa "Sorveglianza e prevenzione degli incidenti domestici" dei progetti regionali inseriti nel Piano nazionale della prevenzione 2005-2007;
- identificazione e presa in carico precoce di bambini con bisogni speciali, integrando funzioni e competenze dei pediatri di libera scelta (PLS), dei servizi territoriali e dei reparti ospedalieri;
- valorizzazione della funzione di orientamento e di filtro del PLS ai fini della riduzione degli accessi impropri in ospedale e della durata della degenza, attraverso l'incremento della Pediatria di gruppo o associativa, il potenziamento delle Unità di cure primarie pediatriche, e la sperimentazione di nuove forme di ricovero come l'Osservazione breve; valorizzazione del PLS in qualità di promotore della continuità assistenziale attraverso corrette modalità di comunicazione con i servizi specialistici;
- gestione appropriata delle malattie croniche di bassa ed elevata complessità attraverso una rete integrata di servizi territoriali e ospedalieri organizzata per livelli diversi di intensità di cure;
- presa in carico globale e continuativa del bambino disabile attraverso la definizione di un progetto terapeutico/riabilitativo integrato con gli aspetti sociali e educativi, che tenga conto dei bisogni attuali ma che sappia prevedere il collegamento con gli altri servizi territoriali in previsione delle necessità assistenziali future; attraverso équipe multidisciplinari con specifiche competenze specialistiche, tutela del passaggio da un ambito assistenziale all'altro, coordinando i tempi e le azioni attraverso protocolli definiti e condivisi;

- intensificazione delle procedure di valutazione dell'attività di ricovero finalizzate alla rigorosa definizione delle prestazioni considerate efficaci e appropriate in ambito ospedaliero.

## PARTE IV - LA SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA E LA PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA

### 1. Le risorse del sistema

Il contesto demografico ed epidemiologico che caratterizza i paesi occidentali, e l'Italia in particolare, legato all'invecchiamento ed alla sempre maggiore prevalenza delle patologie cronico degenerative, solleva in maniera sempre più forte il problema dell'adeguamento del sistema socio sanitario e della connessa sostenibilità economico-finanziaria sia in ambito nazionale che delle singole regioni.

Il problema della sostenibilità si pone in modo particolare in questa regione che da anni presenta una situazione economica estremamente deficitaria. Il trend di incremento della spesa sanitaria, legato alla evoluzione dei bisogni così come oggi si esprimono, e quello del PIL, molto più contenuto, e negli ultimi tempi, addirittura in riduzione, rischiano di portare ad un allargamento della forbice, fra risorse necessarie e capacità di reperimento delle stesse. Proiettando le situazioni a lungo termine è legittimo prevedere una incapacità della collettività a far fronte alle esigenze finanziarie necessarie per garantire la tutela della salute in condizioni di universalità ed equità.

Vanno pertanto individuate le strade che devono portare all'equilibrio del sistema.

A tal fine vanno preliminarmente tenute presenti alcune variabili:

- a. La disponibilità effettiva e potenziale di risorse reperibili oltre che attraverso il concorso dello Stato anche attraverso l'autonomia impositiva regionale e forme di compartecipazione;
- b. Il livello di responsabilizzazione sull'uso delle risorse a tutti i livelli, governo, prescrittori, erogatori, cittadini. Questi ultimi in particolare devono acquisire la consapevolezza di essere fruitori di un servizio autofinanziato con il sistema della tassazione nel quale gli sprechi ricadono su chi li produce. Di contro gli erogatori, pubblici e privati, devono assicurare prestazioni nei limiti del reale bisogno atteso l'evidente eccesso di offerta;
- c. Gli operatori pubblici, in particolare, devono contestualmente perseguire livelli di efficienza ottimali razionalizzando le proprie strutture ed evitando dispersioni di risorse o loro utilizzo improduttivo;
- d. Il perseguimento della appropriatezza delle prestazioni;
- e. La corretta allocazione di risorse tra i livelli e sottolivelli assistenziali con particolare riferimento all'investimento in prevenzione e territorializzazione dell'assistenza e promozione dell'assistenza primaria. Tale variabile risulta determinante ai fini del perseguimento dell'equilibrio del sistema.

Nonostante l'incremento di risorse disponibili per il concorso al finanziamento da parte dello Stato ancora nel 2009, la Regione Lazio risulta destinataria di un finanziamento, in termini di quota capitaria, inferiore alla media nazionale nonostante le peculiarità che la caratterizzano.

Non può essere messo in discussione, infatti, che la Regione Lazio ha caratteristiche che rendono obiettivamente più oneroso e complesso il proprio sistema sanitario.

Nella regione, infatti, insistono:

- ben otto tra istituti religiosi classificati (7) e IRCCS (1) gestiti da enti ecclesiastici pari ad oltre un quinto di quelli esistenti in Italia.

Per quanto la legge 133 del 2008, art. 79, abbia imposto anche a queste strutture la sottoscrizione di accordi (non contratti, differenziandoli così dalle strutture private pure) non si può disconoscere che per la loro qualificazione sono intervenuti contrastanti giudizi amministrativi i quali a volte li assimilano alle istituzioni private e a volte stabiliscono che questi istituti non possono, a differenza dei privati, e al pari delle strutture pubbliche, rifiutare le prestazioni richieste dai cittadini per vincoli di tetti di spesa;

- 5 ospedali d'insegnamento che forniscono nell'anno accademico 2008-2009 il 20% dei posti disponibili in Italia per le lauree triennali del personale sanitario con i conseguenti costi indotti. Tra questi, poi, figurano gli unici due policlinici non statali (Campus biomedico e Gemelli) e la neo costituita Fondazione Tor Vergata che gestisce la relativa struttura di riferimento;

- Strutture extraterritoriali quali l'IRCCS e l'Ospedale Bambino Gesù per il quale accordi nazionali prevedono a carico delle regioni, e quindi in via prevalente la Regione Lazio, consistenti remunerazioni extratariffe;

- Una demografia fortemente evolutiva che in tre anni ha visto incrementare la propria popolazione di oltre 300.000 abitanti (il piano di rientro del 2007 considera 5.304.000 abitanti; ultima rilevazione Istat al 31/12/2008 5.626.000), peraltro caratterizzata da concentrazione nell'area metropolitana romana con tutte le sue peculiarità, e aree periferiche, con dispersione di popolazione e condizioni di deprivazione.

A fronte della singolarità della regione e di Roma capitale, i non condivisibili criteri di riparto del concorso statale al finanziamento dei servizi sanitari regionali penalizzano fortemente la Regione Lazio.

Infatti anche per il 2009 rapportando la quota capitaria riconosciuta secondo i criteri di riparto a quella che deriverebbe da un riparto per quota capitaria secca ne deriva già una perdita di circa 147 milioni di euro come di seguito dimostrato.

	<i>Fabbisogno Complessivo 2009</i>	<i>Fabbisogno Indistinto dopo DI Abruzzo</i>	<i>Popolazione</i>	<i>Fabbisogno Procapite</i>	<i>Fabbisogno Procapite dopo DL Abruzzo</i>
	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>A / C</i>	<i>B / C</i>
<b>Italia</b>	101.481.700.000,00	101.061.700.000,00	59.619.290,00	<b>1702,16</b>	<b>1695,12</b>
<b>Lazio</b>	9.319.479.845,15	9.278.614.124,00	5.561.017,00	<b>1675,86</b>	<b>1668,51</b>

Delta	26,30	26,61
Impatto Popolazione Lazio	<b>146.272.915,22</b>	<b>147.962.941,06</b>



Quanto sopra è la conseguenza del fatto che i riparti relativi agli anni dal 2007 al 2009 sono stati effettuati con un criterio incrementale rispetto al 2006, ultimo anno in cui sono stati elaborati indicatori che, però, hanno tenuto in considerazione le classi di età riferite al 2004.

Sicuramente in questi cinque anni la demografia ha subito consistenti mutamenti, ma l'aspetto più rilevante è la necessità di considerare più correttamente i determinanti di bisogno sanitario e conseguente fabbisogno di risorse, con particolare riferimento caratteristiche epidemiologiche e socio economiche oltre che demografiche.

La proposta ministeriale di riparto per il 2010 aveva quasi rimosso tale incongruenza e criticità avvicinando il concorso dello Stato quantomeno alla quota capitaria secca.

La controproposta, emersa dal confronto con le Regioni, ha invece dato luogo ad una sorta di riequilibrio in negativo privando la Regione Lazio di ulteriori 36 milioni.

Un corretto utilizzo dei relativi indicatori porterebbe la Regione Lazio ed essere destinataria di almeno 200 milioni annui di euro in più.

Va, inoltre, tenuto conto che le regioni con significativo incremento demografico vedono riconosciute le quote capitarie, e quindi i costi, negli anni successivi.

In verità, sebbene le suddette considerazioni porterebbero a ritenere che una quota del disavanzo strutturale della regione è attribuibile al criterio di riparto, ciò non giustifica il grave disavanzo strutturale di un sistema che sembra tarato sull'offerta e non sul bisogno, con inadeguata allocazione delle risorse per i livelli di assistenza che il presente piano si propone di correggere.

Come si è visto, per l'anno 2009 alla Regione Lazio è stato riconosciuto un fabbisogno di 9.278 milioni di euro, mentre il valore della produzione, comprensivo di tutte le entrate, ammonta ad euro 9.712 milioni circa al lordo del saldo negativo di mobilità a fronte di costi che si aggirano intorno a 11 milioni di euro.

Il saldo negativo di mobilità non è conseguente ad incapacità del sistema a dare risposta alla domanda sanitaria, bensì al fatto che le prestazioni rese dall'ospedale Bambin Gesù e ACISMOM, ammontanti ad oltre 120 milioni di euro, sono contabilizzate come mobilità passiva trattandosi di strutture extraterritoriali.

Per il prossimo triennio, in tema di disponibilità di risorse è stato raggiunto un accordo tra Stato e Regioni in ordine ai contenuti di massima del nuovo patto della salute riferito al triennio 2010/2012, individuando anche il livello di finanziamento del SSN cui concorre lo Stato.

Tenuto conto delle variabili, connesse anche all'incremento della popolazione, che incidono sulla assegnazione delle quote di finanziamento alle singole regioni è possibile proiettare con sufficiente approssimazione le risorse a disposizione per il triennio di attuazione del piano corrispondente a quello del patto della salute.

Nel patto della salute sottoscritto il 3 dicembre, tra Stato, Regioni e P.A., per il triennio 2010/2012 del 23 ottobre sono anche contemplate le condizioni per il prosieguo del piano di rientro o la sua riproposizione.

La Regione Lazio, che nel 2009 evidenzierà una perdita nella gestione del SSR quantificabile in circa 1.350 milioni di euro, è nelle condizioni di dover proseguire il piano di rientro.

Purtroppo nell'accordo non è più previsto il fondo di accompagnamento.

Nel contempo il piano di rientro 2007/2009 non ha raggiunto gli obiettivi economici sia per una fase di stasi nel primo anno, sia per mancanza dei fondamentali atti di programmazione, sia per le diverse peculiarità che caratterizzano la sanità di questa regione, tra cui il notevole incremento della popolazione.

L'azione combinata del proseguo del piano di rientro e del presente PSR deve consentire di raggiungere entro il 2012 l'obiettivo di portare il disavanzo al di sotto del limite previsto per l'obbligatorietà del piano stesso e contemporaneamente riequilibrare il sistema potenziando i livelli assistenziali della prevenzione e territoriale, razionalizzando la rete ospedaliera.

Ne consegue la necessità di attenta valutazione dei riflessi economici del presente piano e di governo della gestione del sistema.

La Regione Lazio ha chiuso l'esercizio 2008 con un disavanzo di oltre 1.700 milioni di euro e per il 2009 si prospetta, come si è detto, una riduzione del disavanzo stesso a 1.350 milioni circa.

Se si tiene conto dell'andamento dei consumi e dei relativi costi, da una parte, e dei livelli di finanziamento dall'altra, sono evidenti le difficoltà che si prospettano.

Per valutare in modo più approfondito la situazione occorre prendere in considerazione:

- I criteri di riparto tra le regioni che, come si è detto, assegnano alla regione Lazio una quota capitaria inferiore alla media nazionale e le eventuali possibilità di recupero negli anni 2011/2012;
- La forte evoluzione incrementale della popolazione le cui quote capitarie di finanziamento vengono riconosciute a posteriori;
- La necessità di consistenti interventi di governo delle risorse umane di cui il Lazio presenta situazioni di esubero o di disequilibrata allocazione o irrazionale utilizzo, anche a causa dell'eccessiva frammentazione e proliferazione di strutture;
- L'eccesso di offerta ospedaliera, in particolare di riabilitazione intensiva, e il conseguente elevato tasso di ospedalizzazione;
- Il considerevole assorbimento di risorse da parte della assistenza farmaceutica all'interno della quale si stanno tuttavia realizzando consistenti economie grazie ai provvedimenti assunti di recente;
- L'esigenza di interventi strutturali e di ammodernamento tecnologico;
- L'esigenza di investire risorse nella prevenzione, nella residenzialità alternativa a quella ospedaliera e, in generale, nell'assistenza primaria.

Il presente PSR pone le condizioni perché le suddette criticità siano affrontate e, per quanto possibile, risolte in un'ottica di miglioramento della qualità del servizio e della sostenibilità economica del sistema.

Tali obiettivi passano innanzitutto attraverso una diversa allocazione delle risorse tra i livelli di assistenza che si può programmare nei termini che seguono, nonché attraverso la definizione di chiari obiettivi di risparmio, univocamente finalizzati su tutto il territorio regionale.

Tanto premesso e ferme restando le esposte considerazioni sulla disponibilità di risorse va considerato che l'allocazione delle stesse per livelli di assistenza, come previsto nel PSN è così individuata come segue:

- 5% Prevenzione
- 44% Assistenza ospedaliera
- 51% Assistenza distrettuale territoriale

Detta ripartizione segue la logica dell'evoluzione demografico-epidemiologica e dei conseguenti mutamenti dei bisogni sanitari con riduzione del tasso di ospedalizzazione in un contesto di auspicata sempre maggiore appropriatezza dell'assistenza ospedaliera in strutture dedicate al trattamento delle vere acuzie, con spostamento delle risorse verso le attività di prevenzione, da considerare un reale investimento, e verso l'assistenza distrettuale territoriale, ambito della assistenza primaria e intermedia, capace di soddisfare i bisogni nella loro evoluzione.

La Regione Lazio presenta una situazione allocativa riferita all'anno 2007 in cui le risorse destinate alla prevenzione si aggirano intorno al 3,4% del totale, l'assistenza territoriale assorbe solo il 39,22% delle risorse e l'assistenza ospedaliera oltre il 57%.

Pur considerando il livello di affidabilità piuttosto relativo dei modelli LA e la precarietà della contabilità analitica delle aziende sanitarie, il dato è comunque, estremamente significativo. Non sono ancora disponibili i dati del 2008 ma, per quanto si possa aver perseguito la deospedalizzazione, la situazione non è cambiata in maniera significativa.

Il recente miglioramento della qualità delle procedure contabili avviato a partire dal 2007 grazie ad un particolare impegno nel settore da parte della competente direzione regionale, affiancata dall'Advisor Contabile, anche per ottemperare agli impegni del piano di rientro, consente di affidare sufficiente significatività ai dati contabili e di elaborare la seguente tabella di costi sostenuti nell'anno 2007 messi a confronto con quelli nazionali elaborati dall'Agenas.

Macro voci economiche	NAZIONALE		LAZIO		scostamento
	V.A. €/1.000	x abitante /€	V.A. €/1.000	x abitante /€	in %
<b>Valore della produzione</b>	<b>101.098.149</b>	<b>1.695,7</b>	<b>9.652.449</b>	<b>1.735,7</b>	<b>2,4</b>
Finanziamento indistinto e vincolato (*)	94.005.193	1.576,8	8.925.662	1.605,0	1,8
Ulteriori trasferimenti del settore pubblico	1.931.227	32,4	284.414	51,1	57,9
Proventi e ricavi diversi	2.960.392	49,7	315.140	56,7	14,1
Ricavi intramoenia	1.195.863	20,1	127.233	22,9	14,1
Saldo positivo mobilità extraregione	1.005.474	16,9			
<b>Totale costi di produzione</b>	<b>103.779.401</b>	<b>1.740,7</b>	<b>10.884.355</b>	<b>1.957,3</b>	<b>12,4</b>
Costi produzione interna	63.861.992	1.071,2	6.188.392	1.112,8	3,9
Beni e servizi	24.504.490	411,0	2.623.023	471,7	14,8
Beni sanitari	11.521.620	193,3	1.047.937	188,4	-2,5
Beni non sanitari	675.476	11,3	29.634	5,3	-53,0
Variazione delle rimanenze	-23.760	-0,4	-818	-0,1	-63,1
Servizi appaltati	4.719.561	79,2	842.461	151,5	91,4
Spese amm. e generali	2.386.385	40,0	198.715	35,7	-10,7
Altri servizi	2.783.709	46,7	296.883	53,4	14,3
Godimento di terzi e servizi	867.265	14,5	91.028	16,4	12,5
Manutenzione e riparazione	1.574.234	26,4	117.183	21,1	-20,2
Costi del personale	33.796.683	566,9	2.919.959	525,1	-7,4
Personale del ruolo sanitario	27.040.071	453,5	2.396.226	430,9	-5,0
Personale del ruolo professionale	126.679	2,1	10.607	1,9	-10,2
Personale del ruolo tecnico	3.901.697	65,4	278.207	50,0	-23,6
Personale del ruolo amministrativo	2.728.236	45,8	234.920	42,2	-7,7
Imposte e tasse	2.550.903	42,8	216.449	38,9	-9,0
Accantonamenti	2.010.298	33,7	315.189	56,7	68,1
Costo intramoenia	999.618	16,8	113.772	20,5	22,0
<b>Costo per prestazioni affidate all'esterno</b>	<b>39.917.409</b>	<b>669,5</b>	<b>4.695.963</b>	<b>844,4</b>	<b>26,1</b>
Medicina di base	5.997.402	100,6	553.004	99,4	-1,1
Farmaceutica convenzionata	11.579.196	194,2	1.312.490	236,0	21,5
Ospedaliera convenzionata	8.844.819	148,4	1.504.937	270,6	82,4
Specialistica ambulatoriale	3.625.572	60,8	458.470	82,4	35,6
Riabilitativa	2.228.690	37,4	269.489	48,5	29,6
Integrativa e protesica	1.620.488	27,2	212.308	38,2	40,5
Altra assistenza	4.807.533	80,6	292.413	52,6	-34,8
Saldo negativo mobilità extraregione	1.213.709	20,4	92.852	16,7	-18,0
<b>Risultato di gestione (ricavi-costi)</b>	<b>-2.681.252</b>	<b>-45,0</b>	<b>-1.231.905</b>	<b>-221,5</b>	<b>392,6</b>
Saldo gestione finanziaria	-526.106	-8,8	-122.615	-22	149,9
Risultato gestione straordinaria	-54.524	-0,9	125.853	23	-2.574,6
Disavanzo	-3.261.882	-54,7	-1.228.667	-221	303,8
Ammortamenti	1.946.318	32,6	191.306	34	5,4
Costi capitalizzati	1.231.110	20,6	142.762	25,7	24,3

Il confronto tra i costi medi per cittadino residente sostenuti dalla Regione Lazio con i costi medi rilevati su base nazionale evidenzia uno scostamento del 12,4%, riferito per circa un -0,5% ai costi di produzione interna ed al + 32,7% ai costi per prestazioni affidate all'esterno.

Tale forbice diviene più ampia, (costi di produzione interna - 5% e costi per l'affidamento all'esterno delle prestazioni sanitarie +40%) qualora si proceda a riclassificare le poste economiche regionali in considerazione dei seguenti aspetti rilevati nell'analisi del Bilancio d'esercizio 2007:

1) tra i costi di produzione interni risultano essere imputate: le convezioni particolari con soggetti produttori, quali gli ex Pio Istituto (Casilino, Policlinico Di Liegro, Villa Fiorita, ecc.); un fondo rischi per le vertenze con i produttori di prestazioni sanitarie in relazione al sistema di remunerazione; un maggior riconoscimento per il Policlinico Gemelli e Campus Biomedico;

2) tra il saldo negativo della mobilità extraregionale, convenzionalmente, viene ricondotto il costo di produzione di due strutture localizzate nel territorio laziale, IRCCS, Ospedale Bambino Gesù e dell'ACISMOM, che per l'anno 2007 hanno erogato prestazioni per cittadini residenti per circa 120 milioni di euro.

L'ampiezza delle grandezze in argomento rappresentano la risultanza di un modello regionale che assorbe una rilevante richiesta di prestazioni sanitarie, socio sanitarie e socio assistenziali da strutture private.

In particolare, in prima approssimazione, è possibile affermare che il modello regionale di assistenza laziale si caratterizza per la presenza di indici superiori alla media nazionale per le seguenti prestazioni:

• Farmaceutica convenzionata	+ 21,5%
• Specialistica ambulatoriale privata	+ 35,5%
• Assistenza riabilitativa	+ 29,5%
• Assistenza integrativa e protesica	+ 40,5%
• Altra assistenza	+ 20,0%
• Assistenza ospedaliera da privati	+80,0%

Dall'esame dei suddetti dati è possibile pervenire alle seguenti valutazioni:

**Il costo del personale** nel suo complesso non è superiore alla media nazionale ma il dato andrebbe pesato con riferimento al livello di presenza e operatività delle strutture pubbliche rispetto al totale delle strutture presenti. Infatti la maggiore presenza di strutture private, remunerate a tariffa, resa evidente anche dall'incidenza della spesa ospedaliera convenzionata, riduce il numero dei dipendenti pubblici necessari rispetto alla popolazione.

La Regione Lazio è infatti dotata anche di un'alta percentuale di strutture private sia in ambito ospedaliero che ambulatoriale.

Di fatto, sicuramente, esiste un esubero di personale in ambito ospedaliero con strutture che presentano un rapporto personale/posti letto anche superiore a 3, assolutamente eccessivo, nonostante l'elevato livello di servizi esternalizzati.

Ciò consente di affermare che attraverso un contestuale percorso di **deospedalizzazione** e razionalizzazione delle risorse è possibile, da una parte, prorogare il protrarsi del blocco del turn-over e, dall'altra, spostare risorse umane verso strutture territoriali (es. Presidi Territoriali di prossimità PTP) o addette alla tutela della salute collettiva.

Tale percorso sostanzialmente è stato avviato dalla seconda metà del 2008 col blocco del turn-over prima nella misura del 70% del personale cessato dal servizio e poi del 90%. Al 31/12/2009 il personale dipendente risulterà ridotto di oltre 1.200 unità rispetto al 31/12/2008.

Un ulteriore aspetto interessante nel settore ospedaliero è quello riguardante la numerosità delle strutture.

La tabella che segue, elaborata dal Ministero della Salute, mette in evidenza la presenza di 83 strutture pubbliche e 105 strutture private, per un totale di 188 pari al 12% di quelli presenti in ambito nazionale a fronte di una popolazione che rappresenta il 9,37% di quella italiana. E' evidente la presenza di un eccesso di piccole strutture che impongono nel prossimo triennio iniziative di accorpamenti e riconversioni.

**Tavola A - Distribuzione per regione delle SDO trasmesse e degli istituti rilevati - Anno 2008**

REGIONE	SCHEDE DI DIMISSIONE	ISTITUTI PUBBLICI		ISTITUTI PRIVATI ACCR. E NON		TOTALE ISTITUTI	
		Numero	% su totale istituti in anagrafe SIS	Numero	% su totale istituti in anagrafe SIS	Numero	% su totale istituti in anagrafe SIS
Piemonte	819.946	68	98,6	47	88,7	115	94,3
Valle d'Aosta	22.213	1	100,0	-	-	1	100,0
Lombardia	1.928.539	107	99,1	103	94,5	210	96,8
P.A. Bolzano	112.364	7	100,0	6	100,0	13	100,0
P.A. Trento	94.050	9	75,0	5	100,0	14	82,4
Veneto	836.015	71	100,0	20	95,2	91	98,9
Friuli V.G.	214.804	16	88,9	5	100,0	21	91,3
Liguria	374.963	39	100,0	5	50,0	44	91,7
Emilia Romagna	884.927	60	100,0	48	100,0	108	100,0
Toscana	672.199	53	100,0	34	100,0	87	100,0
Umbria	205.675	25	100,0	5	100,0	30	100,0
Marche	297.694	35	100,0	13	100,0	48	100,0
Lazio	1.257.171	83	100,0	105	97,2	188	98,9
Abruzzo	280.251	22	100,0	13	100,0	35	100,0
Molise	81.423	6	85,7	4	100,0	10	90,9
Campania	1.284.263	74	98,7	69	93,2	143	96,0
Puglia	862.725	35	53,0	39	100,0	74	70,5
Basilicata	109.767	15	93,8	1	100,0	16	94,1
Calabria	392.443	38	92,7	36	100,0	74	96,1
Sicilia	1.093.027	76	96,2	64	97,0	140	96,6
Sardegna	316.256	33	100,0	12	100,0	45	100,0
<b>ITALIA</b>	<b>12.140.715</b>	<b>873</b>	<b>95,1</b>	<b>634</b>	<b>95,8</b>	<b>1.507</b>	<b>95,4</b>

Nel computo della copertura delle Strutture della Lombardia sono state escluse le aziende ospedaliere territoriali (cod\_ist > 950) poiché le SDO vengono inviate direttamente dalle strutture "figlie".

Sono stati esclusi dal conteggio degli istituti 7 istituti non censiti in anagrafica, di cui: 2 in Friuli V.G., 1 in Marche, 2 in Lazio, 1 in Molise, 1 in Calabria.

Le conseguenze di tale strutturazione dell'offerta ospedaliera sono facilmente rilevabili dai seguenti dati di accesso.

Ricoveri acuti a carico SSN da fonte SIO - triennio 2006-2008

2006	Ordinari				Day Hospital			
	<i>casi</i>	<i>giornate</i>	<i>degenza media</i>	<i>valore teorico</i>	<i>casi</i>	<i>accessi</i>	<i>media accessi</i>	<i>valore teorico</i>
Chirurgico	292.934	2.272.178	7,8	1.327.613.580	144.376	491.336	3,4	154.010.003
Medico	477.030	3.275.926	6,9	1.213.703.901	292.257	1.519.516	5,2	267.315.012
Totale complessivo	769.964	5.548.105	7,2	2.541.317.481	436.633	2.010.852	4,6	421.325.015

2007	Ordinari				Day Hospital			
	<i>casi</i>	<i>giornate</i>	<i>degenza media</i>	<i>valore teorico</i>	<i>casi</i>	<i>accessi</i>	<i>media accessi</i>	<i>valore teorico</i>
Chirurgico	282.713	2.195.811	7,8	1.289.477.243	120.208	414.266	3,4	126.165.088
Medico	458.624	3.194.079	7,0	1.168.614.375	258.239	1.475.738	5,7	252.308.217
Totale complessivo	741.337	5.389.891	7,3	2.458.091.618	378.447	1.890.004	5,0	378.473.305

2008	Ordinari				Day Hospital			
	<i>casi</i>	<i>giornate</i>	<i>degenza media</i>	<i>valore teorico</i>	<i>casi</i>	<i>accessi</i>	<i>media accessi</i>	<i>valore teorico</i>
Chirurgico	281.818	2.171.763	7,7	1.264.501.341	121.391	421.735	3,5	119.879.178
Medico	441.963	3.077.299	7,0	1.114.738.832	257.274	1.454.336	5,7	253.465.534
Totale complessivo	723.781	5.249.062	7,3	2.379.240.173	378.665	1.876.071	5,0	373.344.712

Tempo medio pre-operatorio, DRG chirurgici, regime ordinario, carico SSN, Lazio, anni 2006-2008.

	Anno		
	2006	2007	2008
N dimissioni con DRG chirurgico	292.934	282.713	281.818
Degenza Media	7,8	7,8	7,7
di cui:			
N dimissioni con intervento chirurgico in principale	285.103	275.757	276.374
di cui:			
N dimissioni con tempo pre-operatorio calcolabile	285.029	275.656	276.295
tempo pre-operatorio medio (giorni)	3,08	3,02	2,86
Peso % dell'Attesa sulla Degenza (Valori medi)	39,8%	38,9%	37,0%



Le criticità del sistema ospedaliero sono notevoli:

la dotazione di posti letto è superiore alla media nazionale; il tasso di ospedalizzazione è notevolmente superiore a 180 per mille abitanti previsto dall'intesa stato regioni del 23/03/2005; la degenza media per acuti degenza ordinaria è nel 2008 (7,06 g.) superiore alla media nazionale (6,76 g. come da relazione sullo stato sanitario del paese) e la differenza aumenta se si calcola la degenza media standardizzata; la degenza pre-operatoria è superiore alla media nazionale; il tasso di occupazione dei posti letto è inferiore al 78%.

Gran parte di tali criticità sono legate al sistema di offerta caratterizzata da eccessiva proliferazione di strutture in diversi settori.

Per contrastare tale fenomeno, in una prima fase di attuazione degli obiettivi previsti nel piano di rientro si è intervenuti sull'eccesso di offerta del settore privato ospedaliero accreditato sia per l'attività per acuti che per la riabilitazione e lungodegenza. Allo stato va messa a punto una idonea programmazione riguardante gli istituti ecclesiastici cosiddetti "classificati" e proseguire nel riordino della rete ospedaliera pubblica. Per rendere agevole tale percorso è necessario avviare tempestivamente l'attività delle RSA programmate dando priorità a quelle insistenti nelle aree carenti e/o risultanti da processi di riconversione.

Per quanto riguarda la dotazione di letti ospedalieri la rilevazione sulla base dei flussi informativi evidenzia la situazione che segue al mese di settembre 2009 raffrontata con quella all'1/01/2008, nonché dati di utilizzo nell'ultimo triennio.

Azienda		Posti Letto (NSIS-Gennaio 2008)			
		Ordinari	Day Hospital	Surgery	Day-Surgery
101	RM A	898	155	65	53
102	RM B	1016	131	32	31
103	RM C	1579	166	48	93
104	RM D	1474	160	25	49
105	RM E	2681	237	15	84
106	RM F	321	39	0	18
107	RM G	1129	115	10	82
108	RM H	2671	303	0	79
109	VITERBO	1131	178	0	57
110	RIETI	411	67	0	30
111	LATINA	1752	182	4	76
112	FROSINONE	1607	233	28	91
901	A.O. S.CAMILLO FORLANINI	1139	124	34	75
902	A.O. S.GIOVANNI ADDOLORATA	741	148	0	54
903	A.O. S. FILIPPO NERI	608	92	58	46
904	I.R.C.C.S. BAMBIN GESU'	607	215	0	52
905	POLICLINICO A. GEMELLI	1703	167	54	151
906	POLICLINICO UMBERTO I	1153	117	33	118
908	ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI	287	53	10	20
909	IRCCS S. LUCIA	290	35	0	1
910	IRCCS S.RAFFAELE PISANA	200	98	0	3
915	POLICL. UNIV. CAMPUS BIO MEDICO	148	23	10	16
918	I.R.C.C.S. L.SPALLANZANI	172	46	0	9
919	A.O. POLICLINICO S.ANDREA	389	61	0	42
920	AZ POL TOR VERGATA	366	56	20	12
<b>Totale complessivo</b>		<b>24473</b>	<b>3201</b>	<b>446</b>	<b>1342</b>

<b>Posti Letto (NSIS-Settembre 2009)</b>		<b>Posti Letto</b>				
<b>Azienda</b>		<b>Ordinari</b>	<b>Day Hospital</b>	<b>Surgery</b>	<b>Day-Surgery</b>	<b>Paganti</b>
101	RM A	723		133	65	43
102	RM B	1030		139	20	46
103	RM C	1186		112	71	92
104	RM D	1616		152	31	49
105	RM E	2439		168	65	83
106	RM F	271		34	0	18
107	RM G	1127		131	10	85
108	RM H	2520		301	4	88
109	VITERBO	958		120	0	56
110	RIETI	383		54	0	32
111	LATINA	1680		193	0	82
112	FROSINONE	1406		239	2	84
901	A.O. S.CAMILLO FORLANINI	930		115	50	74
902	A.O. S.GIOVANNI ADDOLORATA	762		90	0	60
903	A.O. S. FILIPPO NERI	548		44	22	49
904	I.R.C.C.S. BAMBIN GESU'	607		186	26	52
905	POLICLINICO A. GEMELLI	1750		177	42	158
906	POLICLINICO UMBERTO I	1194		117	29	118
908	ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI	283		53	14	20
909	IRCCS FONDAZIONE S.LUCIA	290		35	0	1
910	IRCCS S.RAFFAELE PISANA	270		28	0	3
915	POLICL. UNIV. CAMPUS BIO MEDICO	196		39	10	16
918	I.R.C.C.S. L.SPALLANZANI	180		46	0	10
919	A.O. POLICLINICO S.ANDREA	389		61	0	42
920	AZ POL TOR VERGATA	337		65	36	15
<b>Totale complessivo</b>		<b>23075</b>		<b>2832</b>	<b>497</b>	<b>1376</b>

La differenza di circa 1.700 posti letto non dà contezza di tutti gli interventi effettuati nel 2009.

Non può essere disconosciuto, infatti, che i dati NSIS risentono dei ritardi negli aggiornamenti.

Infatti, sulla base di apposita rilevazione effettuata dall'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio al 30/06/2009, i posti letto per acuti attivi erano 20.103 mentre i posti letto di riabilitazione e lungodegenza, considerando gli interventi riduttivi di cui al decreto n. 41/09, sono i seguenti:

- a) Riabilitazione 4.027 di cui 2.494 presso Case di Cura Private e 1.533 nelle strutture pubbliche, IRCCS privati e Aziende Ospedaliere Universitarie;
- b) Lungodegenza 1.495 di cui 1.178 presso Case di Cura Private

E' evidente la riduzione di circa 2.500 posti letto rispetto a quelli rilevati l'1/01/2008 e la conseguente riduzione di ospedalizzazione, seppure ancora insufficiente. Sulla base dei dati riportati i posti letto attivi possono considerarsi vicini nel limite di 4,5 posti letto per mille abitanti rapportato alla popolazione aggiornata e comunque non eccessivamente esuberanti rispetto allo standard di cui all'intesa 3/12/09, fatta eccezione per la riabilitazione e lungodegenza postacuzie. Attesa comunque la necessità di spostare risorse dal livello ospedaliero, vanno tenuti presenti alcuni elementi di cui si è fatto cenno oltre alla prevista riorganizzazione della rete.

Il primo è la constatazione del non pieno utilizzo dei posti letto di DH/DS la cui promozione in termini di miglioramento del tasso di utilizzo consentirà di dismettere posti letto ordinari, il secondo riguarda la durata della degenza media e di quella pre-operatoria la cui riduzione consentirà di abbattere le giornate di degenza e migliorare il turn-over con ulteriore riduzione di posti letto ed infine il tasso di utilizzo dei posti letto che, se portato all'80% consente le ulteriori manovre necessarie.

Altra rilevante criticità nella Regione Lazio è rappresentata **dalla spesa farmaceutica**, sia territoriale convenzionata che ospedaliera.

Per quanto riguarda il settore farmaceutico convenzionato, si è osservato un incremento della spesa nel periodo 2000-2008 pari al 31,8% (incremento medio in Italia: 26,4%) che ha portato la quota di spesa farmaceutica lorda a carico del Servizio Sanitario ai valori percentuali più elevati a livello nazionale. Si pone pertanto un problema, oltre che di contenimento della spesa, di appropriatezza della prescrizione e di sovraesposizione della popolazione, ai rischi dell'assunzione di più farmaci tra loro non compatibili.

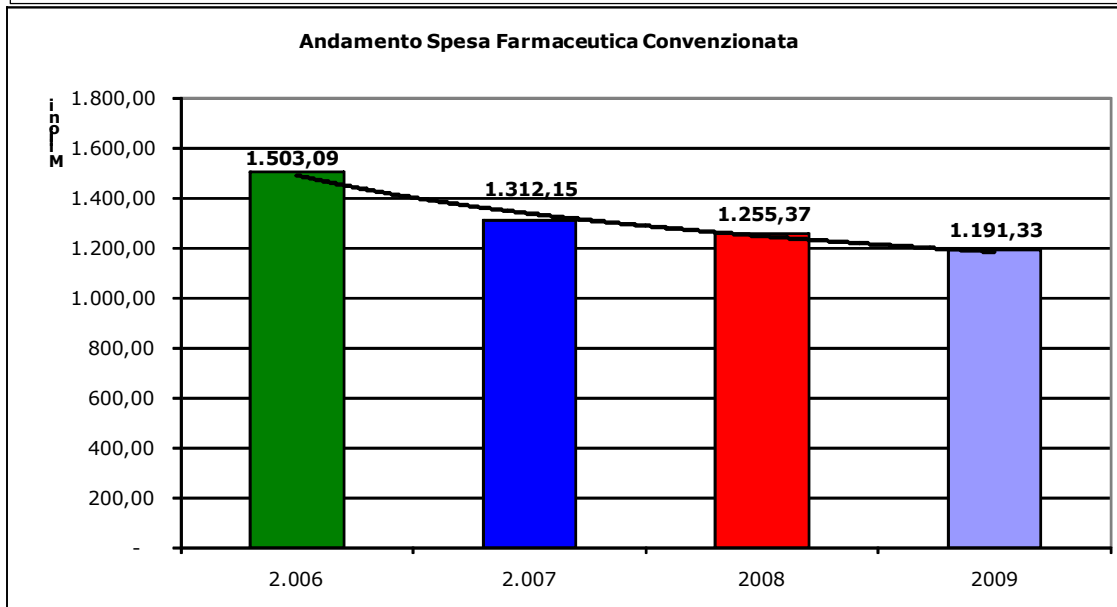
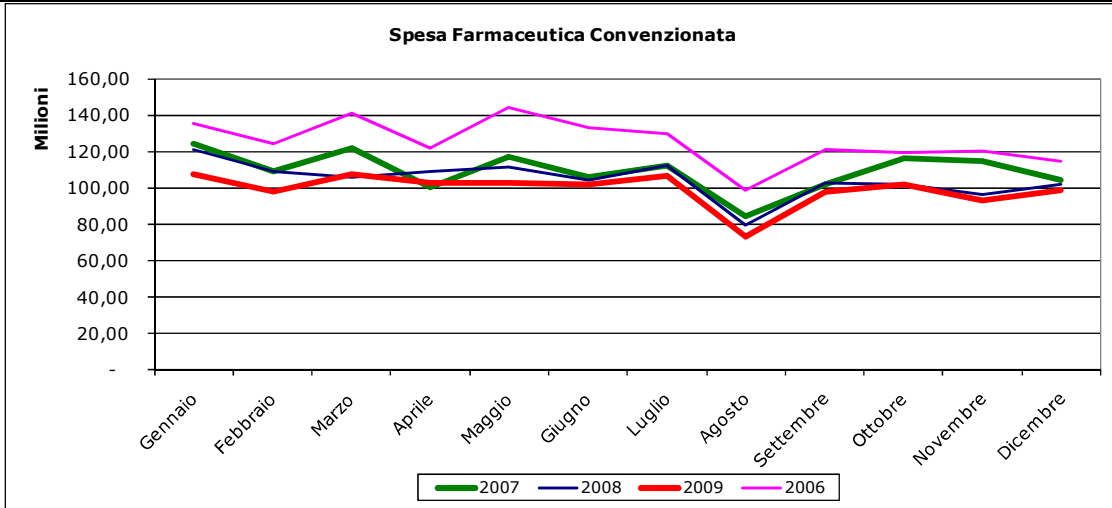
Nel settore della spesa farmaceutica convenzionata si è intervenuti sia con atti di indirizzo per l'utilizzo economico e appropriato di alcune categorie farmaceutiche (inibitori di pompa, statine, biologici per artrite reumatoide) sia con le compartecipazioni alla spesa, sia con accordi per la distribuzione per conto dei farmaci inclusi nel PHT.

Ciononostante la Regione Lazio continua a posizionarsi tra le prime regioni in termini di consumi farmaceutici rendendosi necessari ulteriori interventi che dovranno consentire di ridurre il disavanzo o liberare risorse da destinare ad altri servizi nell'ambito dell'assistenza territoriale.

Si riporta di seguito il trend della spesa farmaceutica convenzionata e di quella in distribuzione per conto.

Farmaceutica Convenzionata Spesa Regione Lazio 2006-2009

Mese	2.006	2.007	2008	2009
Gennaio	135.791.616,00	124.334.934,00	120.739.505,00	107.587.062,00
Febbraio	123.843.636,00	109.264.164,00	109.006.690,00	98.268.517,00
Marzo	140.821.797,00	121.917.966,00	105.947.106,00	107.125.997,00
Aprile	121.537.202,00	100.289.301,00	109.085.003,00	102.917.119,00
Maggio	144.018.564,00	116.699.361,00	111.785.564,00	102.956.090,00
Giugno	132.913.406,00	105.985.226,00	104.521.116,00	101.766.380,00
Luglio	129.765.666,00	112.534.492,00	112.180.119,00	106.311.996,00
Agosto	98.539.908,00	84.115.298,00	79.272.673,00	73.191.640,00
Settembre	121.266.899,00	101.893.261,00	102.600.913,00	97.937.457,00
Ottobre	119.550.198,00	116.059.996,00	101.827.500,00	101.765.467,00
Novembre	120.325.182,00	114.919.630,00	96.211.736,00	92.861.007,28
Dicembre	114.712.503,00	104.140.497,00	102.196.232,00	98.637.083,57
<b>Totale</b>	<b>1.503.086.577,00</b>	<b>1.312.154.126,00</b>	<b>1.255.374.157,00</b>	<b>1.191.325.815,85</b>



**Valore dei farmaci Erogati in DPC**

<b>Mese</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Gennaio	3.578.193,78	9.973.595,52	9.958.597,91
Febbraio	5.846.909,43	11.026.185,08	11.268.765,60
Marzo	7.074.818,27	11.575.167,14	16.504.513,49
Aprile	6.692.265,59	12.208.719,93	17.308.243,88
Maggio	8.504.114,61	12.335.676,85	17.713.169,73
Giugno	8.836.789,04	11.671.860,41	17.854.634,47
Luglio	9.462.553,51	12.653.574,96	20.103.484,58
Agosto	6.744.269,64	8.561.767,85	13.602.426,16
Settembre	8.155.128,26	11.171.341,46	17.006.803,98
Ottobre	8.747.276,47	10.803.492,92	18.341.247,77
Novembre	8.881.879,16	9.954.239,27	14.199.615,74 (*)
Dicembre	8.575.953,20	10.978.351,19	15.660.500,43 (*)
<b>Totale</b>	<b>91.100.150,96</b>	<b>132.913.972,58</b>	<b>189.522.003,74</b>

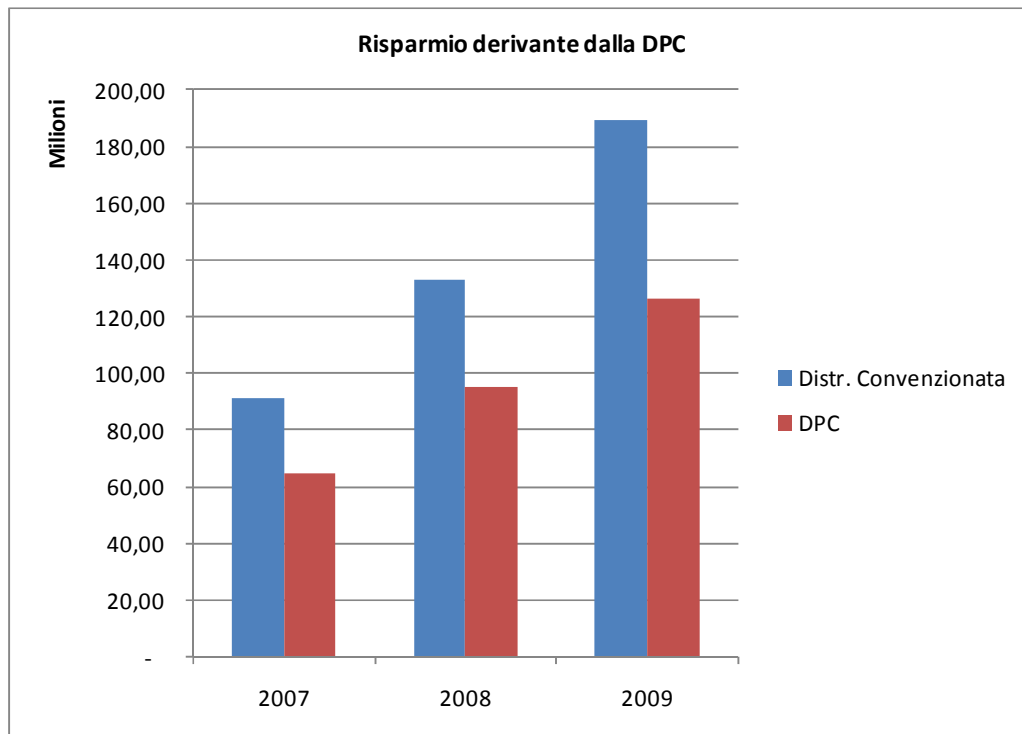
**Costi della distribuzione DPC**

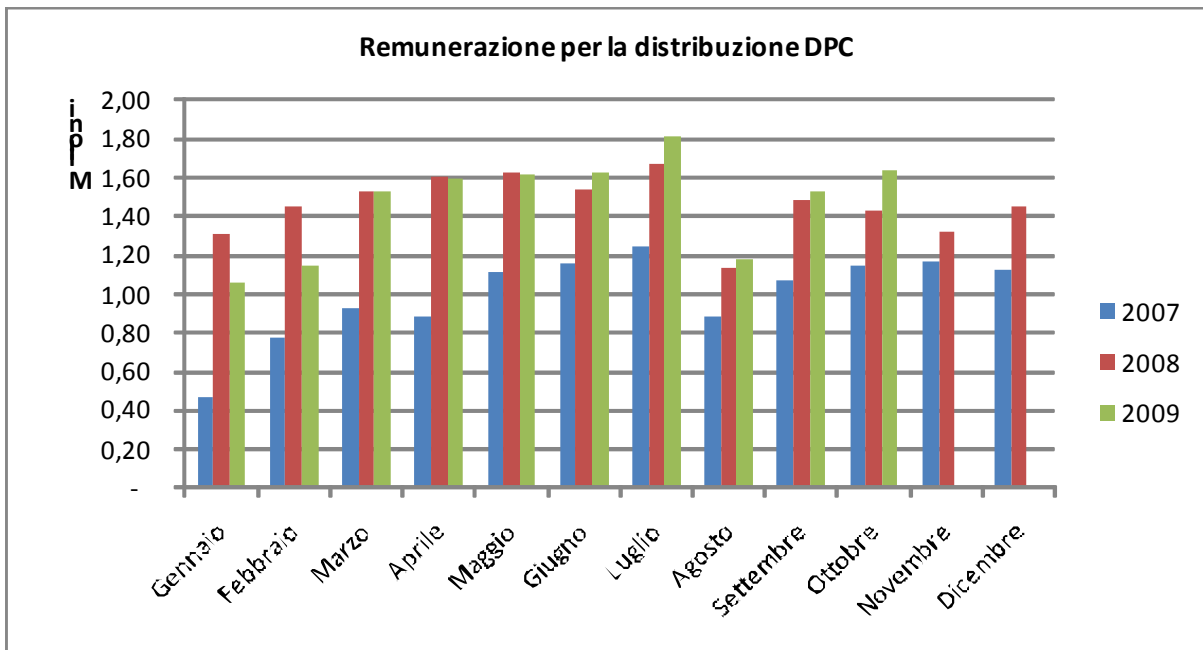
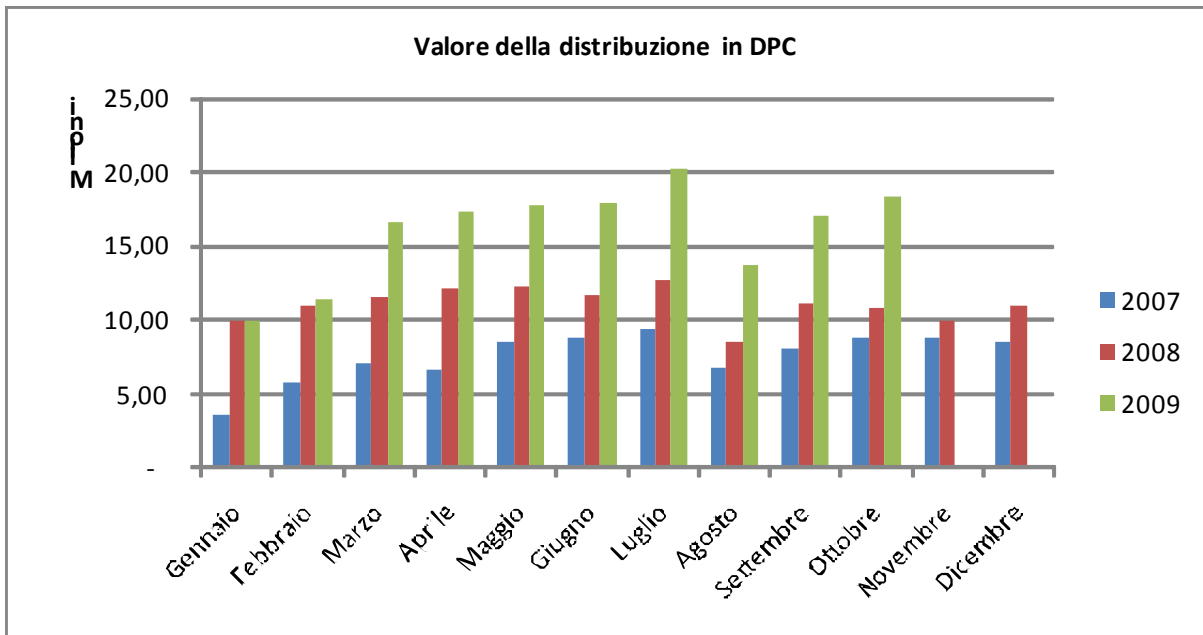
	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
<b>Costo diretto</b>	<b>52.838.087,56</b>	<b>77.900.522,44</b>	<b>109.157.067,72</b> (**)
<b>Remunerazione</b>	<b>11.996.306,04</b>	<b>17.565.986,08</b>	<b>17.468.121,13</b> (**)
<b>Totale Costi</b>	<b>64.834.393,60</b>	<b>95.466.508,52</b>	<b>126.625.188,85</b>
<b>Risparmio</b>	<b>26.265.757,36</b>	<b>37.447.464,06</b>	<b>62.896.814,88</b>

**Costo Complessivo Farmaceutica**

	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
<b>Convenzionata</b>	<b>1.312.154.126,00</b>	<b>1.255.374.157,00</b>	<b>1.191.325.815,85</b>
<b>Costi DPC</b>	<b>64.834.393,60</b>	<b>95.466.508,52</b>	<b>126.625.188,85</b>
<b>Totale</b>	<b>1.376.988.519,60</b>	<b>1.350.840.665,52</b>	<b>1.317.951.004,70</b>

(\*) Stimati i valori di Novembre e Dicembre  
 (\*\*) Stimati i valori di Ottobre Novembre e Dicembre





Se si rapportano i consumi alla popolazione pesata per classi di età in base alla frequenza di accesso alle prestazioni farmaceutiche la situazione migliora e la regione si posiziona al quarto posto come da tabella che segue.

2007				2008				2009			
	Regione	Popolazione	pro-capite netta (gen-lug 07)	Pos.	Regione	Popolazione	pro-capite netta (gen-lug 08)	Pos.	Regione	Popolazione	pro-capite netta (gen-lug 09)
1	LAZIO	5.185.319,00	152,55	1	LAZIO	5.185.319,00	149,13	1	CALABRIA	1.932.453,12	148,62
2	CALABRIA	1.971.190,00	145,18	2	CALABRIA	1.971.190,00	148,23	2	PUGLIA	3.868.074,49	138,24
3	SICILIA	4.876.141,00	143,62	3	SICILIA	4.876.141,00	134,93	3	SICILIA	4.807.575,49	131,73
4	PUGLIA	3.920.506,00	125,24	4	PUGLIA	3.920.506,00	131,79	4	LAZIO	5.528.555,18	131,49
5	SARDEGNA	1.617.410,00	124,94	5	CAMPANIA	5.454.635,00	125,95	5	CAMPANIA	5.237.960,75	129,44
6	LIGURIA	1.690.812,00	121,37	6	SARDEGNA	1.617.410,00	123,04	6	SARDEGNA	1.627.335,81	125,15
7	CAMPANIA	5.454.635,00	120,70	7	ABRUZZO	1.306.243,00	122,24	7	BASILICATA	586.833,12	119,45
8	ABRUZZO	1.306.243,00	119,32	8	LIGURIA	1.690.812,00	117,67	8	MOLISE	331.844,33	116,83
9	MOLISE	328.208,00	116,64	9	MOLISE	328.208,00	117,47	9	ABRUZZO	1.353.650,48	112,60
10	MARCHE	1.548.290,00	115,07	10	BASILICATA	595.075,00	113,73	10	MARCHE	1.625.655,60	109,11
11	BASILICATA	595.075,00	114,41	11	MARCHE	1.548.290,00	112,59	11	LIGURIA	1.838.966,73	108,69
12	UMBRIA	881.932,00	111,44	12	PIEMONTE	4.396.993,00	110,60	12	PIEMONTE	4.665.304,98	107,69
13	FRIULI V.G.	1.236.900,00	111,41	13	FRIULI V.G.	1.236.900,00	108,08	13	UMBRIA	940.996,94	102,05
14	E. ROMAGNA	4.229.962,00	108,75	14	UMBRIA	881.932,00	107,99	14	LOMBARDIA	9.635.743,83	102,03
15	PIEMONTE	4.396.993,00	106,62	15	E. ROMAGNA	4.229.962,00	105,24	15	FRIULI V.G.	1.307.801,15	101,98
16	LOMBARDIA	9.246.421,00	105,82	16	LOMBARDIA	9.246.421,00	104,53	16	V. AOSTA	128.169,87	100,82
17	TOSCANA	3.709.087,00	104,85	17	TOSCANA	3.709.087,00	103,17	17	E. ROMAGNA	4.505.698,13	99,96
18	V. AOSTA	122.957,00	104,40	18	V. AOSTA	122.957,00	101,27	18	VENETO	4.798.462,08	97,21
19	VENETO	4.632.074,00	99,76	19	VENETO	4.632.074,00	97,92	19	TOSCANA	3.933.101,43	96,67
20	TRENTO	484.840,00	95,22	20	TRENTO	484.840,00	92,71	20	TRENTO	504.741,08	90,76
21	BOLZANO	453.252,00	78,72	21	BOLZANO	453.252,00	76,55	21	BOLZANO	460.365,43	77,10
	<b>ITALIA</b>	<b>57.888.247,00</b>	<b>118,57</b>			<b>57.888.247,00</b>	<b>117,82</b>		<b>ITALIA</b>	<b>59.619.290,00</b>	<b>114,20</b>

FONTA AGENAS

Restando nel contesto della spesa distrettuale deve soffermarsi l'attenzione anche sulla **spesa specialistica**.

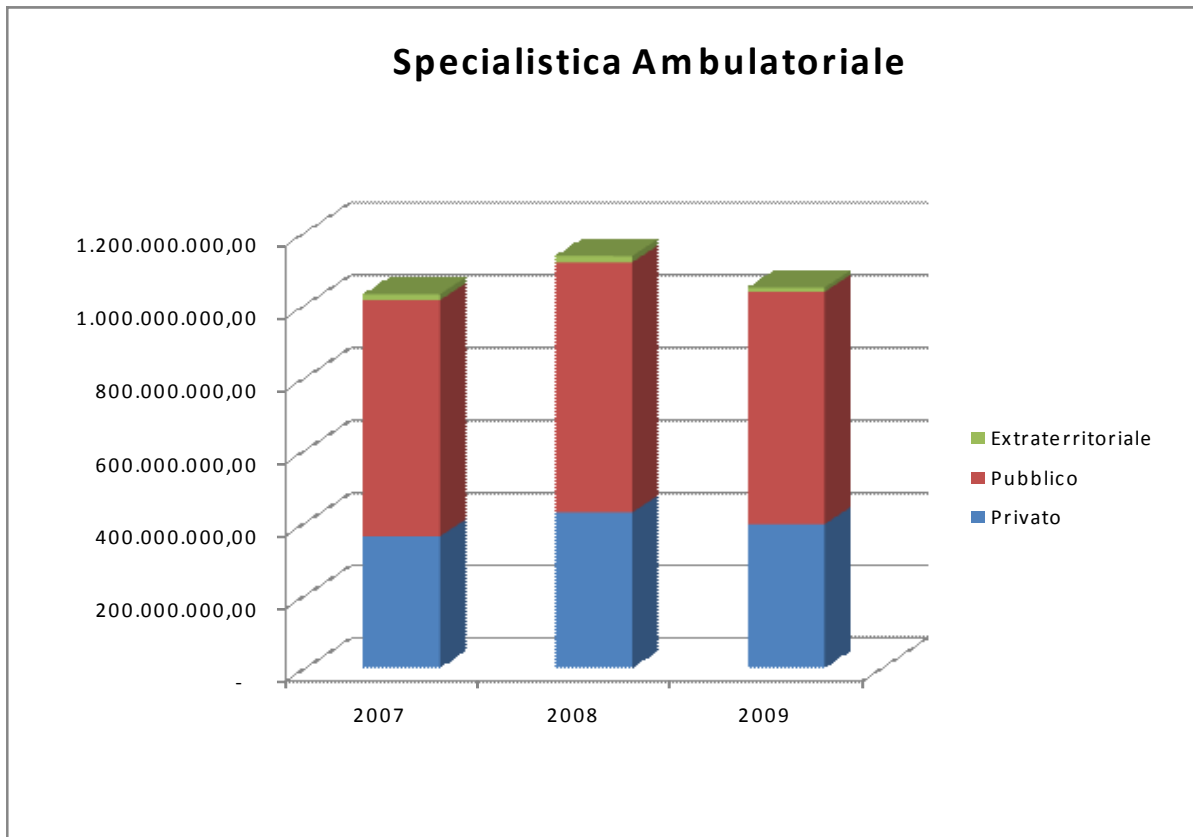
La tabella di confronto con l'incidenza nazionale evidenzia nel 2007 una spesa specialistica ambulatoriale convenzionata superiore di un terzo rispetto alla media nazionale. Il dato è relativamente significativo in quanto va valutata l'intera attività specialistica comprensiva di quella assicurata dalle strutture pubbliche.

E' di comune conoscenza il livello di inappropriatezza di alcune prestazioni, sia in campo laboratoristico che radiodiagnostico, su cui è necessario ancora intervenire.

L'andamento rilevato negli ultimi anni è stato il seguente:

<b>Specialistica Ambulatoriale</b>			
<b>Erogatore</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Privato	249.912.014,82	268.689.792,74	245.149.838,02
Classificato	59.771.951,93	80.340.714,21	78.030.241,07
IRCCS Privato	10.099.955,93	21.805.294,12	15.118.620,71
Policlinico Universitario Privato	42.861.134,06	57.598.519,71	57.561.831,71
<b>Totali Privato</b>	<b>362.645.056,75</b>	<b>428.434.320,78</b>	<b>395.860.531,51</b>
Pubblico	447.496.019,18	484.188.698,91	448.186.994,70
IRCCS Pubblico	22.822.981,19	22.106.519,71	20.699.390,59
Policlinico Universitario Pubblico	86.028.714,24	85.925.594,71	79.937.404,36
Azienda Ospedaliera	94.056.612,01	96.676.851,80	91.312.084,56
<b>Totale Pubblico</b>	<b>650.404.326,62</b>	<b>688.897.665,13</b>	<b>640.135.874,22</b>
Extraterritoriale - ACISMOM	5.508.360,17	4.175.293,17	-
Extraterritoriale Bambino Gesù	10.749.490,18	13.216.111,73	11.832.379,39
<b>Totale Extraterritoriale</b>	<b>16.257.850,35</b>	<b>17.391.404,90</b>	<b>11.832.379,39</b>
<b>Totale Complessivo</b>	<b>1.029.307.233,72</b>	<b>1.134.723.390,81</b>	<b>1.047.828.785,12</b>





In ordine ai dati riportati in tabella va precisato che alla riduzione del 2009 ha concorso l'incremento della compartecipazione alla spesa sanitaria che andrebbe aggiunta a volumi di prestazioni effettivamente remunerati al settore privato.

Per una più puntuale valutazione della spesa per attività specialistica va tenuto conto della presumibile incompleta registrazione sui sistemi informatici di parte delle prestazioni rese dalle strutture pubbliche allorché queste non sono funzionali alla remunerazione. Inoltre, in una regione che ha un elevato livello di accesso alle prestazioni ospedaliere, l'attuale livello di allocazione di risorse per l'attività specialistica può ritenersi più che sufficiente, se non eccessivo.

C'è altresì, da mettere in evidenza quanto segue:

- L'allocazione delle attività nel livello della specialistica comprende anche quella erogata in ambito ospedaliero;
- La produzione di prestazioni in ambito territoriale appare insufficiente atteso che la stessa è molto prossima al solo onere per gli specialisti ambulatoriali interni risultando i rimanenti costi eccedenti rispetto al relativo valore prodotto.

Sulla base di quanto riportato si può pertanto affermare che la spesa per attività specialistica va solo tenuta sotto costante controllo in termini di appropriatezza e governata in termini economici.

Sicuramente eccessivo, ed evidentemente inappropriato, è il ricorso a **prestazioni riabilitative residenziali e semiresidenziali territoriali** con circa il 30% di spesa superiore rispetto al livello nazionale.

Anche per questo setting assistenziale vanno attivati ulteriori interventi sia riconvertendo parte delle strutture in RSA sia individuando una quota da porre a carico del settore sociale.

Per ultimo è posta l'attenzione sulla spesa per **prestazioni integrative e protesiche** i cui livelli vanno ricondotti quanto più possibile a quelli rilevati in ambito nazionale.

L'insieme degli interventi descritti, comunque non esaustivi di quelli attivabili nel processo di razionalizzazione, devono consentire di pervenire, nel prossimo triennio, alla più corretta allocazione delle risorse per livelli di assistenza ed alla concreta riduzione del disavanzo. Tutto ciò in continuità col processo avviato mediante piano di rientro.

Infatti, il piano di rientro triennale dal disavanzo ha anticipato il processo di definizione degli obiettivi del PSR che devono coerentemente e prioritariamente essere orientati a:

- Riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera, anche mediante i nuovi modelli alternativi di assistenza predisposti a garanzia del miglioramento dei livelli complessivi di appropriatezza del sistema e del conseguente allineamento dei tassi di ospedalizzazione a quelli medi nazionali;
- Riconversione dei piccoli ospedali e l'accorpamento di altri in strutture più moderne ed efficienti e potenziamento della rete dei servizi territoriali;
- Contenimento della spesa farmaceutica;
- Sostanzialmente uno spostamento di risorse dal livello di assistenza ospedaliera, particolarmente oneroso a quelli della prevenzione e territoriale.

In particolare possono essere individuati gli obiettivi assistenziali ed economici di seguito riportati.

#### *A) Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro*

L'incidenza percentuale dei costi di tale livello assistenziale su quelli totali nel 2007 si stima in Italia mediamente intorno al 4% mentre nel Lazio è del 3,40%. La tendenza nazionale è in incremento. Nel 2009 può stimarsi una percentuale pari al 3,70%. L'assicurazione a regime del piano nuovo triennale della prevenzione, le azioni finalizzate a perseguire gli obiettivi di salute e le altre iniziative programmate dovranno consentire di pervenire alla fine del triennio ad investire in prevenzione il 4,4% circa.

Ciò significherà stornare dal livello di assistenza ospedaliera circa 0,7 punti percentuali in un triennio per un valore di circa 70 milioni di euro. Tale obiettivo è raggiungibile soltanto attraverso forte razionalizzazione della rete ospedaliera, come sarà meglio chiarito in seguito.

#### *B) Assistenza territoriale*

La Regione Lazio nel 2007 destinava una percentuale inferiore al 40% delle risorse all'assistenza distrettuale, proiettata al 43,70% nel 2009.

Al di là del possibile incremento di tale percentuale è fondamentale un riequilibrio tra i sottolivelli (attività – beni e servizi) all'interno del livello assistenziale.

Sono ancora carenti infatti, le forme alternative alla ospedalizzazione tradizionale mentre, come si è detto, assorbe un eccessivo livello di risorse l'assistenza ospedaliera. L'obiettivo per il triennio è quello di destinare all'assistenza territoriale, anche mediante riequilibrio delle dotazioni di risorse l'assistenza farmaceutica.

In particolare occorrerà attivare, nel triennio, almeno 3000 posti letto di RSA, in parte mediante nuove realizzazioni e in parte mediante riconversioni di altre strutture.

Sono sicuramente candidate a tale riconversione **strutture riabilitative** ridondanti sia in ambito ospedaliero che extra ospedaliero.

Il nuovo patto per la salute prevede una riduzione a 0,7 posti letto per mille abitanti degli attuali posti letto di riabilitazione e lungodegenza post acuzie ospedaliera. Per la Regione Lazio significa ulteriormente ridurre circa 1600 posti letto che si aggiungono a quelli già ridotti nel 2009.

A parte l'opportunità di perseguire migliori livelli di appropriatezza nei relativi settings assistenziali, tale riorganizzazione porterebbe una economia, a regime, di almeno 60 milioni di euro a tariffe invariate.

La ulteriore riconversione del 30% di posti letto di **riabilitazione estensiva** territoriale ex art. 26 L. 833/78, porterebbe una economia di circa 40 milioni di euro, ferma restando la possibilità di perseguire maggiori livelli di appropriatezza.

Contestualmente ulteriori iniziative di contenimento della spesa farmaceutica, difficili da realizzare ma necessariamente da perseguire, dovranno consentire di stornare risorse verso il potenziamento dell'assistenza primaria e far tendere ai livelli medi nazionali l'incidenza pro-capite della spesa stessa.

Altre ulteriori economie realizzabili nel settore ospedaliero pubblico contribuiranno a raggiungere il livello programmato di destinazione delle risorse per l'assistenza territoriale.

### *C) Assistenza ospedaliera*

I costi di una rete ospedaliera invecchiata costituita da numerosi piccoli ospedali con spese manutentive elevate, forte dispersione del personale addetto sono difficili da modificare nel breve periodo. L'abbassamento del loro livello percentuale deve passare necessariamente attraverso una nuova razionalizzazione e riqualificazione della rete, da realizzare con la massima urgenza anche attraverso i programmi di edilizia ospedaliera. La razionalizzazione programmata che promuova e potenzi centri di eccellenza ed alta complessità ed eviti duplicazioni inutili e il perseguimento dell'appropriatezza dovrebbe, poi, consentire di abbassare la percentuale intorno al 48% a fronte di una media nazionale che è già scesa sotto il 47%.

Oltre all'intervento di riorganizzazione e riconversione dei posti letto di riabilitazione e lungodegenza post-acuzie che consentirà di trasferire risorse dal relativo livello assistenziale a quello distrettuale il riordino della rete ospedaliera, improntato a criteri descritti nel piano, dovrà consentire, nel triennio, di pervenire ad una quota di risorse assorbite, vicina alla media delle regioni più virtuose garantendo standard di efficienza e appropriatezza.

Ciò sarà possibile sia mediante il corretto governo delle risorse umane sia mediante rivisitazione di processi e spese per acquisizione di beni e servizi, tra cui farmaci, dispositivi ed esternalizzazioni varie.

In tale ottica è stato avviato di recente un percorso di condivisione, con i direttori generali, di iniziative di razionalizzazione del modello organizzativo e contenimento della spesa.

Le iniziative dovranno riguardare, in particolare:

#### **1. analisi struttura organizzativa aziendale:**

- collegio direzione;

- livello implementazione dipartimenti;
- modello organizzativo distrettuale e funzionamento dipartimento prevenzione;
- composizione e funzionamento nuclei valutazione;
- livelli elaborazione e/o adesione a linee guida

**2. controllo spesa specialistica**

- contrasto all'eccesso di prescrizioni specialistiche;
- specialistica ambulatoriale: volumi di attività e relativi riflessi economici

**3. esigenze controlli spesa farmaceutica**

- farmaceutica ospedaliera - governabilità distribuzione farmaci alla dimissione;
- contrasto all'eccesso di prescrizioni

**4. implementazione contabilità analitica**

**5. interventi sulla spesa per beni e servizi:**

- dispositivi in generale;
- ausili (es. carrozzine) inventariazione e riutilizzo materiali presso terzi; attività esternalizzate;
- canoni leasing e noleggio;
- accordi locali con case di cura ed altri erogatori;
- controllo utilizzo utenze telefoniche;
- contenzioso e spese legali

**Governo spesa per il personale:**

- a) riduzione prestazioni aggiuntive;
- b) riduzione rapporti convenzionali e CO.CO.CO. e similari;
- c) improprio utilizzo specialisti SUMAI;
- d) regolamentazione del diritto alla mensa;
- e) sovrapposizione turni;
- f) fondi contrattuali;
- g) vincoli lavoro straordinario

A quanto sopra si aggiungono le economie che già si stanno realizzando con l'avviata centralizzazione degli acquisti a livello regionale.

## 2. "Quadro di compatibilità del PSR" - Conclusioni

Il piano sanitario regionale deve puntare, come si è detto, da una parte al miglioramento del sistema e delle condizioni di salute e dall'altra alla sua sostenibilità economica. I costi della produzione del sistema sanitario regionale anno 2008 sono stati 11.127 milioni di euro, comprensivi degli ammortamenti con un disavanzo pari a circa 1.700 milioni di euro. Parte dell'incremento del finanziamento relativo all'anno 2009 è stato assorbito dai miglioramenti contrattuali del personale dipendente e convenzionato operante all'interno dei tre livelli di assistenza. Sostanzialmente, l'incremento di risorse è stato in gran parte assorbito dai suddetti oneri e dalla quota capitaria necessaria per garantire l'assistenza della nuova popolazione. Di seguito vengono tradotti, in termini numerici gli obiettivi economico finanziari dei tre livelli collegati agli obiettivi del PSR partendo dalla proiezione dei dati del 2009.

Nel 2009 i costi totali, sulla base dei primi 9 mesi sono proiettati in euro 10.876 milioni, compresi gli ammortamenti.

Il valore della produzione ammonta ad euro 9.711,8 milioni circa che, al lordo del saldo negativo di mobilità scende a 9.605,6 con un disavanzo di euro 1.271 milioni che, valutando possibili rischi viene elevato a 1.350 milioni. Viene convenzionalmente mantenuto costante il saldo di mobilità.

Le risorse sopraindicate sono programmate, quanto alla loro allocazione per livelli di assistenza, come segue:

	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Assistenza	<i>Previsione</i>	<i>Obiettivo</i>	<i>Obiettivo</i>	<i>Obiettivo</i>
Prevenzione	3,80%	4%	4,20%	4,40%
Ass. Ospedaliera	52,50%	51%	50,00%	47,80%
Ass. Territoriale	43,70%	45%	45,80%	47,80%
<b>Totale</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

### Costi della Produzione

Prevenzione	- 413.302.097,54	- 437.054.839,52	- 461.007.581,50	- 485.380.323,47
Ass. Ospedaliera	- 5.710.094.768,70	- 5.572.449.203,88	- 5.488.185.494,00	- 5.272.995.332,26
Ass. Territoriale	- 4.752.974.121,76	- 4.916.866.944,60	- 5.027.177.912,50	- 5.272.995.332,26
Saldo di Mobilità	- 106.245.496,67	- 106.245.496,67	- 106.245.496,67	- 106.245.496,67
<b>Totale Costi</b>	<b>- 10.982.616.484,67</b>	<b>- 11.032.616.484,67</b>	<b>- 11.082.616.484,67</b>	<b>- 11.137.616.484,66</b>
Rischi Associati	- 80.000.000,00			

<b>Totale Ricavi</b>	<b>9.711.812.100,27</b>	<b>10.038.708.100,27</b>	<b>10.305.104.772,27</b>	<b>10.601.306.137,78</b>
<b>Disavanzo</b>	<b>- 1.350.804.384,40</b>	<b>- 993.908.384,40</b>	<b>- 777.511.712,40</b>	<b>- 536.310.346,88</b>

Come appare evidente gli effetti economici del presente piano sono sostanzialmente collegati all'applicazione del riordino della rete ospedaliera e, pertanto, sono connessi ai suoi tempi di attuazione e alla rigidità della sua esecuzione.

Per quanto riguarda i tempi non si può disconoscere che questi non possono necessariamente ritenersi brevi.

Si tratta di avviare un percorso complesso che richiede la dismissione di attività, gli adeguamenti strutturali, tecnologici, di arredi, ecc., processi di mobilità di personale, formazione dello stesso e così via.

Un arco temporale triennale può ritenersi sufficiente per realizzare una situazione a regime accompagnando gli stati di avanzamento con eventuali perfezionamenti.

Ciononostante, considerata la particolare situazione di disequilibrio economico della Regione Lazio, la graduale attuazione deve consentire di confermare per l'anno 2010 il blocco parziale del turn- over del personale con un primo effetto economico intorno a 40 milioni di euro e 120 nel triennio.

La riconversione di strutture in attività territoriali ed a ciclo diurno, eliminando la presenza notturna di personale e parte dei costi di gestione e consumi può determinare ulteriori economie di almeno 50 milioni su base annua e garantire la copertura economica per le attività territoriali.

L'accorpamento e la riduzione di unità complesse, la loro riorganizzazione, la ridefinizione dei fondi contrattuali, la messa in comune delle risorse, l'attuazione delle reti, il miglioramento del macrosistema emergenza-urgenza, potrà portare una ulteriore economia quantificabile tra i 150 e 200 milioni di euro, al lordo dei rinnovi contrattuali, nel triennio.

A quanto sopra va aggiunto l'effetto che conseguirà in termini di qualità, appropriatezza e sicurezza dei ricoveri che sicuramente ridurrà ulteriormente ed in maniera consistente la spesa ospedaliera, portandola ad una percentuale, rispetto alla spesa totale, così come programmata nello schema che precede.

# **Piano sanitario regionale 2010-2012**

## **Allegati 1- 2 -3**

Nell'allegato 1 vengono riportati i modelli di funzionamento di **alcune reti specifiche per l'assistenza**. Si tratta delle reti che allo stato attuale vedono completato il percorso di valutazione della fattibilità e la predisposizione dello specifico progetto, anche se a diversi livelli di dettaglio. Alcune delle reti avevano già avuto una prima stesura nella D.G.R. 420/07. Rispetto a tale stesura, vengono ribaditi i principi e l'organizzazione delle reti, mentre le attribuzioni di funzioni alle strutture verranno ridefinite con successivi atti regionali, alla luce dei Decreti 25 e 43 del 2008 del Commissario ad Acta e delle necessità di variazione dettate dalle dinamiche dell'offerta ospedaliera.

Nel Piano si definiscono anche reti non previste da precedenti atti regionali, e si prevede la successiva definizione di reti di altre specialità, che verranno adottate in seguito.

<b>1. Le reti per l'assistenza – Premessa.....</b>	<b>pag. 2</b>
a. Rete dell'emergenza .....	pag. 2
b. Percorso nascita .....	pag. 12
c. Rete pediatrica .....	pag. 17
d. Rete per l'assistenza all'ictus cerebrale acuto .....	pag. 41
e. Rete integrata per l'assistenza al trauma grave e neurotrauma .....	pag. 48
f. Rete assistenziale per l'emergenza cardiologica .....	pag. 54
g. Rete oncologica .....	pag. 60
h. Rete delle malattie infettive.....	pag. 84
<b>2. Linee di indirizzo per la riproposizione e approvazione dei nuovi atti aziendali a seguito della sospensione dei precedenti ai sensi dell'art. 1, comma 66, lett. a) della L.R. 14/2008 .....</b>	<b>pag. 91</b>
<b>3. Strumenti.....</b>	<b>pag. 101</b>

**Allegato 1. A**  
**RETE DELL'EMERGENZA**



## La rete dell'emergenza della Regione Lazio

### Premessa

Nell'ambito di una complessiva riorganizzazione della rete ospedaliera, la separazione dei percorsi tra l'emergenza-urgenza e l'elezione si pone l'obiettivo di contribuire alla razionalizzazione e al corretto utilizzo della "risorsa ospedale", al perseguimento dell'equità nell'accesso e dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi, al miglioramento del funzionamento dei presidi ospedalieri e quindi al conseguente contenimento dei costi di gestione.

Il Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA) è la struttura di un ospedale dedicata alla risposta assistenziale in urgenza-emergenza, che nell'ambito di un modello di rete rappresenta un punto di riferimento anche per altri presidi ospedalieri ad esso afferenti, e costituisce porta di accesso al ricovero ospedaliero. Infatti dal DEA i pazienti, una volta stabilizzati, possono essere dimessi a domicilio oppure essere ricoverati nei reparti dell'ospedale, il quale deve garantire un trattamento appropriato, efficace ed efficiente.

Per garantire che l'attività di ricovero del DEA venga armonizzata con le altre componenti del sistema ospedale, in particolare con le attività elettive e programmate, è dunque opportuno definire regole di comportamento precise e mirate utilizzando strumenti quali protocolli all'interno di percorsi clinico-assistenziali definiti e specifici, contestualmente allo sviluppo di una forte collaborazione con il territorio per ridurre gli accessi inappropriati che sovraccaricano l'attività istituzionale riducendo l'efficienza complessiva del sistema.

L'organizzazione della rete ospedaliera attraverso modelli di rete per patologia, che garantiscono una corretta e tempestiva presa in carico del paziente, come nel caso del trauma o dello stroke o delle patologie cardiologiche, garantisce efficienza sul versante dell'urgenza senza incidere sulla gestione dell'elezione.

### Analisi della domanda

Nei primi 9 mesi del 2008 si sono registrati nel Lazio 1.597.182 accessi in pronto soccorso di cui 1.478.752 (92,6%) di residenti (tasso grezzo 269 accessi in PS per 1.000 abitanti).

Circa il 50,7% (809.656 accessi) dei pazienti che accedono in Pronto soccorso è di sesso maschile. La fascia d'età più frequente per entrambi i sessi è quella tra 15 e 44 anni (43,8%), seguita dalla fascia 65+ (20,6%), dalla fascia 45-64 anni (19,8%) e infine dalla fascia 0-14 anni (15,6%).

In circa il 12% degli accessi l'utenza ha fatto ricorso al servizio di soccorso dell'ARES 118 (ambulanza 118 10,2%, ambulanza pubblica 1,5%), mentre la modalità più frequente è stata quella dell'arrivo con mezzo proprio (83,6%).

La distribuzione dei codici colore assegnati al triage indica che il 16,5% degli accessi ha presentato un'alta urgenza (rosso 1,1%, giallo 15,4%), mentre l'82,9% una bassa urgenza (verde 72,9%, bianco 10%).

La patologia più frequente diagnosticata in Pronto soccorso è rappresentata dai "traumatismi ed avvelenamenti" (30,3%), seguita da "sintomi, segni e stati morbosi mal definiti" (18,7%), "malattie del sistema nervoso e organi di senso" (6,7%), "malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo" (6,6%), "malattie dell'apparato respiratorio" (5,5%), "malattie del sistema circolatorio" (5%).

Il 69% dei pazienti viene dimesso a domicilio, per circa il 24% viene richiesto il ricovero in reparto di degenza o il trasferimento (15,7% ricovero effettuato nell'ospedale del PS/DEA, 6,5% ricovero rifiutato, 1,7% trasferimento in altro ospedale), mentre circa il 6% si allontana dal Pronto soccorso prima di ricevere la prestazione medica.

### **Analisi dell'offerta**

Per far fronte alla richiesta di prestazioni di emergenza, il Sistema dell'emergenza sanitaria si costituisce di una fase di allarme e di due fasi di risposta, quella territoriale e quella ospedaliera.

Nella regione Lazio le fasi di allarme e di risposta territoriale sono istituzionalmente rappresentate dall'Azienda sanitaria regionale del sistema 118 (ARES 118) che articola la propria offerta in: 6 Centrali operative provinciali – COP (situate in ogni capoluogo di provincia) e 1 Centrale operativa regionale (COR); 135 postazioni di soccorso dislocate su tutto il territorio regionale (39% medicalizzate); 179 ambulanze (BLS, ALS, automedica), 3 elicotteri, 2 punti mobili di rianimazione.

Le Centrali operative dell'ARES 118 provvedono alla raccolta delle chiamate, all'assegnazione del relativo livello di urgenza e all'invio sul posto dei mezzi di soccorso. L'ARES 118 provvede inoltre all'emergenza neonatale, al trasporto sangue, al trasporto degli organi, ai trasporti secondari in continuità di soccorso, alla gestione del sistema informativo gestione posti letto in area critica (terapie intensive, UTIC, TIN) e al raccordo con le attività svolte dai medici di medicina generale addetti alla continuità assistenziale nell'ambito del sistema di emergenza sanitaria territoriale. Per preavvertire dell'arrivo di pazienti considerati critici per condizioni patologiche o sociali, le centrali operative dell'ARES 118 interagiscono con gli ospedali di destinazione mediante canali di comunicazione punto-punto oppure per via telefonica.

La fase di risposta ospedaliera è costituita dai nodi della rete dell'emergenza della Regione Lazio che il complessivo quadro normativo in vigore (D.G.R. 3250/95, D.G.R. 4238/97, D.G.R. 420/07, D.G.R. 169/08, determine della Direzione regionale della Tutela della salute e sistema sanitario regionale dell'Assessorato alla Sanità della Regione Lazio, atti aziendali) definisce attribuendo il relativo livello di complessità assistenziale: Pronto soccorso (PS), Dipartimento di emergenza e accettazione di I livello (DEA I) e di II livello (DEA II).

Al 31 dicembre 2008, la rete dell'emergenza della Regione Lazio è costituita da 57 PS/DEA (di cui 4 specialistici<sup>1</sup>, 28 PS generali, 18 DEA di I livello<sup>2</sup> e 7 DEA di II livello). I DEA di II livello rappresentano il centro di riferimento per la rete delle strutture di emergenza di livello inferiore di un'area geografica definita e coincidente con il bacino di uno o più DEA di I livello, che costituiscono la struttura di base e il perno organizzativo del sistema, e dei relativi Pronto soccorso afferenti.

Per specifiche patologie (patologie cardiologiche, ictus cerebrale acuto e trauma grave), la Regione Lazio ha poi definito per la prima volta con D.G.R. 420/07 reti di specialità, basate sul modello di centri di riferimento e strutture satellite Hub and Spoke. Il modello Hub and Spoke nei servizi sanitari è un modello organizzativo a reti integrate caratterizzato dalla concentrazione dell'assistenza di elevata complessità in centri di eccellenza (centri

---

<sup>1</sup> Bambino Gesù (pediatrico), G. Eastman (odontoiatrico), Regionale Oftalmico (oculistico) e I.C.O.T. (ortopedico).

<sup>2</sup> Considerando che S. Eugenio e C.T.O. della ASL RMC nel 2008 costituivano insieme un DEA di I livello (D.G.R. 420/07).

hub) supportati da una rete di servizi ospedalieri o di soccorso 118 sul territorio (centri spoke) cui compete la selezione dei pazienti e il loro invio a centri di riferimento, esclusivamente quando una determinata soglia di gravità clinico-assistenziale viene superata.

Le reti di specialità, la cui organizzazione è riportata nei documenti allegati, si integrano con la rete dell'emergenza generale nell'ambito del modello organizzativo di seguito descritto.

### **Il modello organizzativo**

Il modello per la gestione del paziente, attualmente in vigore ai sensi della D.G.R. 420/07 e riportato nei flussi allegati, definisce i criteri di identificazione:

1. dell'ospedale di destinazione del trasporto da parte dell'ARES 118 nella fase preospedaliera:
  - tipologia del mezzo di soccorso;
  - localizzazione geografica;
  - differibilità del trattamento del paziente soccorso dal 118 sulla base del triage preospedaliero;
  - patologia e condizioni cliniche del paziente che possono richiedere il trattamento tempestivo presso un centro specializzato;
  - affollamento, al momento del soccorso, del PS/DEA di destinazione naturale del trasporto del 118;
  - opportunità di rendere accessibili all'ospedale di destinazione del trasporto i dati clinici rilevati dal personale di soccorso 118;
  - volume di soccorsi simultanei che può essere determinato da una maxi-emergenza;
  
2. dell'ospedale di destinazione per eventuale trasferimento in emergenza:
  - patologia e condizioni cliniche del paziente che possono richiedere il trattamento tempestivo presso un centro specializzato;
  - reale disponibilità di posto letto nel DEA di riferimento, al momento del trasferimento e nello specifico reparto di specialità richiesto;
  - presenza o assenza nel DEA di riferimento della specialità di reparto necessaria per il trattamento del paziente.

In linea generale i mezzi di soccorso dell'ARES 118 senza medico a bordo trasportano i pazienti all'ospedale più vicino della rete dell'emergenza generale, i mezzi con medico a bordo lo assistono e trasportano alla struttura assistenziale del livello di complessità più adeguato competente per area territoriale, il pronto soccorso e i DEA di I livello indirizzano poi l'eventuale trasferimento dei pazienti alla struttura di emergenza di riferimento gerarchico superiore (DEA I per PS, DEA II per DEA I).

Il modello integrato di gestione del paziente in emergenza, riportato in allegato, stabilisce tuttavia che l'ospedale di destinazione/trasferimento possa variare al verificarsi delle seguenti determinate condizioni:

#### *Fase di trasporto preospedaliero*

1. Quando il trattamento ospedaliero del paziente soccorso dal 118 è differibile, sulla base del triage effettuato sul posto, il 118 verifica se l'area di intervento appartiene ad un azzonamento predefinito per limitare il numero di accessi nei Pronto soccorso che insistono sulle aree territoriali più popolate dirottandoli verso strutture limitrofe.
2. Quando il trattamento ospedaliero del paziente soccorso dal 118 non è differibile e la patologia e le condizioni cliniche del paziente richiedono il trattamento in un centro specializzato, secondo quanto definito da un Percorso Clinico Assistenziale in Emergenza PreOspedaliero (PCAE-PO), il paziente può essere trasportato direttamente alla struttura di competenza definita nella relativa Rete di centri specialistici.
3. Quando il trattamento ospedaliero del paziente soccorso dal 118 non è differibile, se la patologia e le condizioni cliniche del paziente non richiedono il trattamento in un centro specializzato, se l'ambulanza è medicalizzata o può comunicare con un medico di Centrale operativa e se è noto che il PS/DEA di destinazione presenta un rilevante numero di triage rossi e gialli in attesa/trattamento<sup>3</sup>, il 118 può dirottare il mezzo verso un PS/DEA limitrofo di cui è nota la disponibilità ricettiva in Pronto soccorso.

#### *Fase di trasferimento interospedaliero*

1. Quando la patologia e le condizioni cliniche del paziente richiedono il trattamento in un centro specializzato, secondo quanto definito da un Percorso Clinico Assistenziale in Emergenza in Continuità di Soccorso (PCAE-CS), il paziente può, in alternativa al DEA di II livello di riferimento per le emergenze generali, essere trasferito ad una struttura di competenza definita nelle Reti di centri specialistici allegate al presente piano o identificata da accordi tra singole Aziende del Lazio e formalizzati dalla Regione.
2. Quando il DEA competente non ha disponibilità di posto letto al momento del trasferimento ed esiste un protocollo di ricerca e certificazione della disponibilità di posto letto della stessa specialità nella regione, il trasferimento viene orientato secondo protocollo.
3. Quando il DEA competente non ha la specialità di ricovero necessaria per il trattamento del paziente, se è stato definito un protocollo che identifica per quella specifica specialità un diverso DEA di II livello di riferimento (by-pass), il trasferimento avviene verso quest'ultimo, altrimenti viene attivata una ricerca di posto letto dal PS/DEA trasferente.

Per la gestione del trasferimento del paziente critico nella rete dell'emergenza generale, la Regione Lazio ha approvato sia i criteri clinico-organizzativi (D.G.R. 458/2002 "Criteri clinico-organizzativi per il trasferimento del paziente critico nella rete dell'emergenza") che i protocolli organizzativi (D.G.R. n. 1729/02 "Protocolli organizzativi per il trasferimento del paziente critico nella rete dell'Emergenza").

---

<sup>3</sup> Il sistema GIPSE On Line di Laziosanità trasmette attualmente alla Centrale operativa di Roma ogni 6 minuti lo stato di affollamento di 13 PS/DEA di Roma, tra cui tutti i DEA di II livello ex D.G.R. 420/07 della Capitale.

Per la gestione dei pazienti con alcune patologie critiche (infarto miocardico acuto, ictus cerebrale, trauma grave), Laziosanità, in accordo con le Società scientifiche e l'ARES 118, ha ulteriormente elaborato nel 2005, attraverso la revisione sistematica delle prove scientifiche e la graduazione delle raccomandazioni per Livelli di prova di efficacia (I-VI) e Forza delle raccomandazioni (A-E), i Percorso Clinico Assistenziali in Emergenza (PCAE), successivamente formalizzati e resi operativi dalla D.G.R. 420/07.

I PCAE riportano raccomandazioni prevalentemente diagnostiche e terapeutiche per la gestione del paziente critico dal territorio al primo contatto ospedaliero (preospedalieri PCAE-PO) e, laddove necessario, per il suo trasferimento interospedaliero (in continuità di soccorso PCAE-CS) al fine di facilitare il trasporto dei pazienti critici presso il luogo di cura appropriato e quindi il trattamento più idoneo.

Tali raccomandazioni sono poi contestualizzate a livello di singola area da protocolli operativi redatti dai centri hub di riferimento e condivisi con i centri spoke afferenti e con l'ARES 118.

### **Criticità e opportunità di miglioramento della rete dell'emergenza**

L'analisi dell'attività di emergenza dai dati dei sistemi informativi sanitari regionali e il confronto con gli operatori del settore, anche nell'ambito dei gruppi di lavoro sui protocolli operativi intra-area, hanno evidenziato i seguenti punti di criticità:

- la riduzione dell'offerta di posti letto per acuti in strutture inserite all'interno della rete dell'emergenza in attuazione al Piano di rientro;
- l'afferenza di ASL di provincia a DEA di II livello (o centri Hub delle reti di specialità) non dotati di elisuperficie H24;
- il ritardo nell'adeguamento del Policlinico Tor Vergata ai requisiti di un DEA di II livello, con conseguente necessità di individuazione di centri di riferimento alternativi per il governo del transitorio (D.G.R. 169/08), e del Policlinico Casilino ai requisiti di un DEA di I livello;
- la disomogenea distribuzione territoriale dei centri di afferenza intermedia nell'ambito delle reti di specialità e in particolare di quella per il trauma grave (CTZ);
- la difficoltà nell'individuare gli attori e le risorse necessarie a garantire i trasferimenti dalle strutture satellite verso i centri di riferimento e il back transport dai centri di riferimento verso i centri satellite dopo l'effettuazione della procedura specialistica;
- la necessità di ridefinire i centri di riferimento (DEA II livello, centri hub delle reti di specialità) per quei PS/DEA che ai sensi della D.G.R. 420/07 afferiscono ad un numero eccessivo di strutture differenti, a partire dall'area costiera della ASL RMH (Distretti 4 e 6);

- la necessità che le Aziende sede di DEA di II livello o di centro Hub nell'ambito delle reti di specialità pongano, nei limiti delle risorse aziendali già disponibili, la massima attenzione alle esigenze di risorse umane e tecnologiche dei Dipartimenti e delle Articolazioni organizzative più direttamente coinvolti nell'assistenza in emergenza ai pazienti arruolati nell'ambito delle reti di specialità.

Si evidenziano inoltre le seguenti opportunità di perfezionamento del sistema:

- il prossimo adeguamento dei Percorsi Clinico Assistenziali in Emergenza ex D.G.R. 420/07 a seguito dell'aggiornamento delle linee guida internazionali sul trattamento dei pazienti con IMA, ictus cerebrale acuto e trauma grave;
- la possibilità di integrare all'interno delle reti di specialità i servizi di emodinamica H24 attivati sul territorio del Lazio successivamente alla D.G.R. 420/07;
- l'opportunità di meglio condividere, con tutti gli attori coinvolti e in particolare con l'ARES 118, i protocolli organizzativi intra-area, sviluppati sotto il coordinamento dei centri hub, per alcune reti di specialità definite dalla D.G.R. 420/07;
- la risoluzione di eventuali sovrapposizioni di procedure di allocazione dei posti letto di UTIC nei centri hub tra pazienti arruolati all'interno della rete e pazienti con altre patologie cardiologiche;
- l'estensione della copertura del sistema GIPSE On Line a partire dai DEA di II livello di nuova attivazione;
- lo sviluppo della piattaforma GIPSE per l'implementazione di sistemi di trasmissione di immagini e teleconsulto, al fine di limitare i trasferimenti inappropriati verso i centri hub nell'ambito delle reti dell'ictus e del trauma.

Si evidenzia dunque la necessità di riorganizzare la rete dell'emergenza attraverso la razionalizzazione delle aree di riferimento territoriale dei DEA di II livello e delle reti di specialità e l'attivazione di interventi per garantire una compiuta attuazione del modello organizzativo definito dalla D.G.R. 420/07.

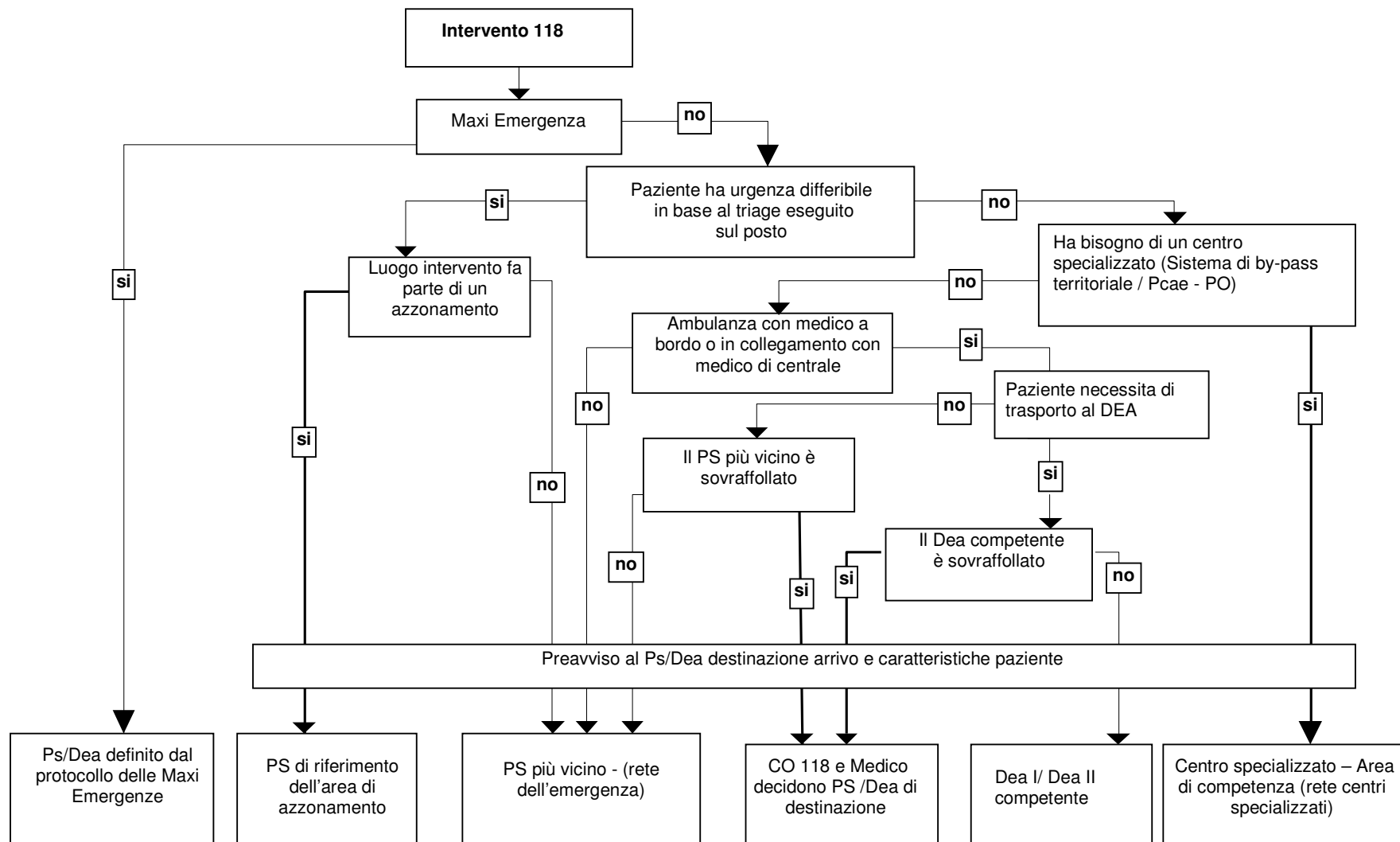
Quanto alla ridefinizione della rete dell'emergenza generale, nel periodo di vigenza del Piano sanitario dovranno essere definiti i nodi della rete dell'emergenza, i livelli di complessità assistenziale e le aree di riferimento territoriale dei DEA di II livello.

### **Programma di attivazione progressiva della nuova rete dell'emergenza e delle reti di specialità**

Al fine di attuare la progressiva trasformazione dell'attuale configurazione (definita dalla D.G.R. 420/07, dalla D.G.R. 169/08 e successivi provvedimenti attuativi) si riportano alcune azioni prioritarie immediatamente identificabili che dovranno comunque essere inserite nella riorganizzazione della rete definita con successivi atti regionali.

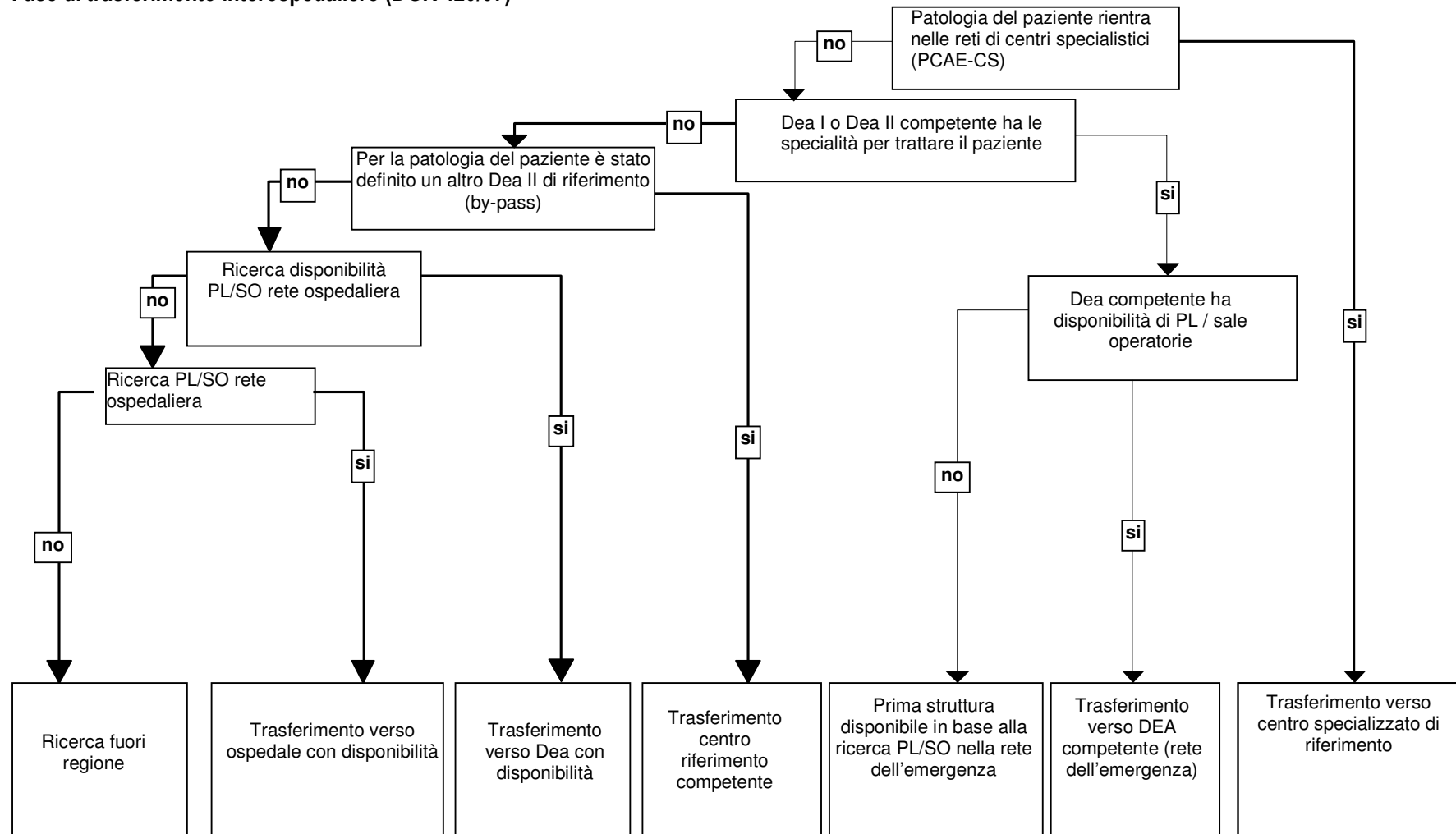
Azioni previste	Attori
<b>Riorganizzazione dell'offerta</b>	
Definitiva attivazione del DEA di II livello presso il Pol. Tor Vergata (PTV)	PTV, Regione
Adeguamento del S.Eugenio ai requisiti di un DEA di II livello	ASL RMC, Regione
Adeguamento dell'Umberto I di Frosinone ai requisiti di un DEA di II livello	ASL Frosinone, Regione
Verifica ed eventuale adeguamento ai requisiti dei centri hub delle reti di specialità per IMA, ictus cerebrale acuto e trauma grave	Laziosanità, Centri HUB
Adeguamento del Pol. Casilino ai requisiti di un centro traumat. di zona	ASL RMB, Regione
Adeguamento dell'Umberto I di Frosinone ai requisiti di uno spoke con emodinamica interventistica H24	ASL Frosinone, Regione
Formazione del personale operante nel sistema di emergenza-urgenza	Laziosanità, ARES 118
Attivazione di elisuperficie H24 presso il Policlinico Tor Vergata	Regione, ARES 118
Verifica dei requisiti autorizzativi ex DGR 424/06 per la riattivazione della funzione di Pronto Soccorso presso il S.Anna di Pomezia	ASL RMH, Regione
<b>Riorganizzazione dell'assistenza in fase preospedaliera</b>	
Definizione di azionamenti nelle aree più popolate della Regione a partire dalla zona Est di Roma	Laziosanità, ARES 118
Adeguamento di protocolli per il trasporto del paziente in fase preospedaliera	ARES 118
Completamento, omogeneizzazione e condivisione dei protocolli operativi intra-area in fase preospedaliera nelle diverse reti di specialità	Centri HUB, Laziosanità
Aggiornamento dei Percorsi Clinico Assistenziali in Emergenza per il trasporto PreOspedaliero (PCAE – PO) ex DGR 420/07	Laziosanità, ARES 118
Estensione della copertura del sistema GIPSE On Line a tutti i PS/DEA della Regione Lazio (a partire dai DEA II di nuova attivazione Sant'Eugenio e Umberto I di Frosinone) ed attivazione di un collegamento telematico permanente tra Laziosanità e le CO ARES118 delle province del Lazio per la trasmissione dello stato di affollamento dei PS//DEA	Laziosanità, ARES 118
Messa a regime del progetto Infarto.net	Laziosanità
Aggiornamento dei protocolli per le maxi-emergenze	ARES 118
<b>Riorganizzazione dell'assistenza in fase ospedaliera</b>	
Definizione dei protocolli di By-pass per il trasferimento in continuità di soccorso di PS/DEA afferenti a DEA di II livello carenti di specifiche specialità di ricovero	Regione, Laziosanità
Completamento, omogeneizzazione e condivisione dei protocolli operativi intra-area in fase ospedaliera nelle diverse reti di specialità	Laziosanità, Centri HUB
Aggiornamento dei Percorsi Clinico Assistenziali in Emergenza per il trasferimento interospedaliero (PCAE – CS) ex DGR 420/07	Laziosanità, ARES 118
Adeguamento della piattaforma GIPSE per l'attivazione di un sistema di teleconsulto remoto tra centri spoke e centri hub, a partire dalla rete per l'assistenza all'ictus cerebrale acuto	Laziosanità
Predisposizione di uno strumento per rendere disponibile agli altri attori del sistema i dati di occupazione dei posti letto ospedalieri per le specialità di ricovero di interesse per l'assistenza in emergenza	Regione, Laziosanità
<b>Attuazione, monitoraggio e sviluppo</b>	
Formalizzazione graduale del nuovo assetto della rete con successivi provvedimenti attuativi	Regione
Valutazione e monitoraggio dei risultati del nuovo modello organizzativo, anche attraverso l'armonizzazione dei dati raccolti nei flussi informativi correnti	Laziosanità
Revisione annuale dei livelli di complessità e delle aree di afferenza della rete dell'emergenza e delle reti di specialità	Laziosanità
Revisione annuale dei sistemi di remunerazione dell'attività svolta nell'ambito della rete dell'emergenza e delle reti di specialità	Laziosanità
Progettazione ed implementazione di nuovi specifici percorsi in emergenza ed attivazione delle relative reti regionali di specialità, con particolare riferimento all'ambito pediatrico, ostetrico-ginecologico e respiratorio ed alle patologie cardiologiche non ricomprese nel PCAE allegato alla DGR 420/07	Laziosanità

Fase di trasporto preospedaliero (DGR 420/07)





## Fase di trasferimento interospedaliero (DGR 420/07)



**Allegato 1. B**  
**PERCORSO NASCITA**

## **Raccomandazioni alle Aziende USL del Lazio per la realizzazione di un percorso nascita per la gravidanza fisiologica e il neonato sano**

### **Premessa**

La responsabilità di tutela e promozione della salute riproduttiva compete a diverse figure e servizi presenti all'interno del SSR. Nella fase pre-concezionale vanno promossi interventi di promozione della salute della donna e del futuro nato. Durante la gravidanza vanno assicurati appropriati ed efficaci controlli di salute, ivi inclusi interventi di sostegno psicologico e di educazione alla salute e di conoscenza dei servizi. Nel breve periodo di ospedalizzazione legato alla nascita vanno effettuati tutti i controlli di salute del neonato e verificate e favorite le competenze genitoriali all'accudimento del neonato. Nella fase immediatamente successiva alla dimissione va offerta una tempestiva presa in carico del nuovo nato e garantito un adeguato supporto alla famiglia.

Obiettivo delle raccomandazioni, preparate da un Gruppo di lavoro costituito dall'Assessorato alla Sanità, è quello di superare l'eccessiva medicalizzazione rivolta alla gravidanza e al neonato e di promuovere una reale integrazione fra servizi territoriali e ospedalieri, rendendo esplicite le competenze dei diversi attori del sistema.

Le raccomandazioni fanno riferimento al *percorso nascita*, inteso come *quell'insieme di attività di prevenzione e assistenza appropriate basate sul principio di presa in carico della coppia madre-neonato, dal periodo peri-concezionale alle prime settimane di vita del bambino.*

### **Raccomandazioni**

- Come principio di base, ogni donna e il futuro nato hanno diritto ad un'assistenza sociosanitaria globale e alla promozione della loro salute psicofisica. In particolare la donna ha diritto di conoscere nei dettagli come procede la gravidanza, il suo stato di salute e quello del bambino e partecipare attivamente e in modo sereno e consapevole a tutte le decisioni che la riguardano.
- Ciascuna Azienda USL deve prevedere un percorso nascita approvato con Delibera aziendale, individuando una figura con funzione di coordinamento, monitoraggio e verifica. La Delibera deve contenere l'elenco di tutte le strutture che partecipano al percorso, specificandone le funzioni, il loro livello di integrazione e il materiale di supporto/informativo da utilizzare per gli operatori e l'utenza.
- Tutte le strutture/operatori interessati devono essere a conoscenza dell'esistenza del percorso nascita.
- Il percorso nascita ha il Consultorio familiare (CF) come primo riferimento. Il CF, in stretta integrazione con gli altri servizi territoriali, con i reparti ospedalieri di ostetricia e neonatologia e con i servizi sociali e il volontariato sociale, inserisce nel percorso la donna che intende pianificare la gravidanza o è in gravidanza.

- Ciascuna donna che viene inserita nel percorso nascita deve ricevere dal CF un libretto contenente informazioni adeguate che le permettano di essere consapevole dei processi di trasformazione e di cambiamento che avvengono durante la gravidanza, il travaglio, il parto e il puerperio nonché dell'assistenza erogata e delle procedure assistenziali. Il libretto deve inoltre contenere l'elenco di tutte le strutture territoriali e ospedaliere interessate alla gravidanza, al parto e al neonato nel territorio di competenza della ASL, nonché quelle al di fuori dell'Azienda che erogano servizi di elevata specialità. A seconda della tipologia dell'utenza del CF, vanno previste edizioni in lingua straniera per le donne che non parlano o non leggono la lingua italiana.
  
- Il Consultorio deve essere in grado di fornire con accesso diretto, entro 1 settimana dalla richiesta, le seguenti prestazioni:
  - visita fatta dall'ostetrica in collaborazione con il ginecologo;
  - ecografia ostetrica o prenotazione della stessa;
  - prenotazione per gli esami di controllo previsti dal D.M. del 10 settembre 1998 e per consulenze mediche di secondo livello;
  - assistenza sociale e psicologica per le gestanti in situazioni di disagio;
  - consulenze psicologiche individuali e di coppia;
  - interventi di supporto sociale in situazioni di disagio sociale.
  
- All'interno del percorso nascita, ciascun CF deve offrire corsi di accompagnamento alla nascita rivolti a tutte le gestanti a partire dal settimo mese di gravidanza. Gli obiettivi del corso sono quelli di rendere la donna competente: sui processi della gravidanza, del parto e sulle prime settimane di vita del neonato; ad identificare l'inizio del travaglio e a gestire consapevolmente il periodo del travaglio del parto e del puerperio; nella pratica dell'allattamento al seno e più in generale nell'accudimento del bambino nelle prime settimane di vita. All'interno del corso, soprattutto per le donne alla prima gravidanza, andranno fornite tutte le informazioni utili ad una tempestiva iscrizione del nuovo nato al Pediatra di famiglia. Ciascun corso di preparazione alla nascita deve prevedere almeno un incontro, presso l'Ospedale di riferimento, con un medico e/o un'infermiera del reparto di ostetricia e neonatologia per far conoscere alle donne il luogo del parto e di degenza, nonché le pratiche assistenziali e di cura ostetriche e neonatologiche.
  
- Ciascun reparto di ostetricia inserito nel percorso nascita deve disporre di un Ambulatorio per la gravidanza a termine dove, ad accesso diretto su prenotazione telefonica, venga garantita l'accoglienza delle donne con gravidanza a basso rischio dalla 36° settimana. L'Ambulatorio viene gestito dall'ostetrica in collaborazione con il ginecologo. Il risultato del controllo va inserito in una cartella clinica in previsione del ricovero.

- Ciascun reparto di ostetricia inserito nel percorso nascita deve favorire la scelta consapevole della donna nelle prassi di assistenza durante il travaglio, il parto ed il periodo post-parto, promuovendo quelle pratiche basate su solide prove di efficacia che siano consistenti con i contenuti affrontati nel corso di preparazione alla nascita.
- Ciascun reparto di ostetricia e neonatologia inserito nel percorso nascita deve favorire durante la degenza il continuo contatto fra madre e neonato per favorire la loro relazione.
- Ciascun reparto di ostetricia e neonatologia inserito nel percorso nascita deve verificare e promuovere le competenze della madre sull'allattamento al seno, attraverso una continua formazione del personale e la condivisione di protocolli organizzativi e assistenziali.
- Ciascun reparto di ostetricia e neonatologia inserito nel percorso nascita deve garantire una dimissione programmata e concordata della mamma e del neonato sano, favorendo l'iscrizione in ospedale al Pediatra di Famiglia.
- A tutti i neonati, entro sette giorni dalla dimissione, dovrà essere offerta una visita di controllo presso lo studio del Pediatra di famiglia; per le situazioni per le quali è prevedibile una non immediata presa in carico da parte del Pediatra di famiglia, il controllo può essere garantito dall'ospedale di nascita.
- Nelle prime settimane di vita del bambino, al fine di promuovere l'allattamento al seno, va realizzata una reale integrazione fra Ospedale di nascita, Pediatra di famiglia e Consultorio familiare. In mancanza di risorse a livello territoriale, il reparto di neonatologia può prevedere un'attività di consulenza sull'allattamento al seno con un servizio ambulatoriale ad accesso diretto.
- Dopo la dimissione, il Pediatra di famiglia deve essere la figura di riferimento che prende in carico il bambino per una valutazione del suo stato di salute, del buon proseguimento dell'allattamento al seno e delle competenze genitoriali. In caso di problemi specifici, il Pediatra di famiglia invia il bambino a servizi ambulatoriali specialistici o ospedalieri.
- Dopo la dimissione, il Consultorio deve essere il servizio di riferimento nel percorso nascita per eventuali controlli ginecologici, per il sostegno all'allattamento al seno (favorendo la creazione di gruppi mamma-bambino), per il sostegno alla genitorialità e per eventuali interventi di visite domiciliari rivolti a coppie madre-bambino in una particolare condizione di svantaggio sociale o con presenza di fattori di rischio per la salute (ad esempio mamme immigrate, adolescenti, con disabilità, senza supporto familiare).
- Ciascuna Azienda USL deve essere in grado di produrre a scadenza semestrale i seguenti indicatori:

### ***Gravidanza***

Numero partorienti residenti che hanno effettuato una prima visita-colloquio presso il CF per il percorso nascita/totale delle partorienti residenti.

Numero di partorienti che hanno frequentato il corso di preparazione alla nascita/totale partorienti che hanno effettuato una prima visita-colloquio per il percorso nascita.

Numero di partorienti che hanno frequentato il corso di preparazione alla nascita/totale delle partorienti residenti.

Numero di donne che hanno assunto acido folico in epoca periconcezionale fra coloro che hanno effettuato la prima visita-colloquio presso il CF per percorso nascita.

### ***Travaglio-Parto***

Numero donne a basso rischio entrate prima di 12 ore dal parto negli ospedali che partecipano al percorso/totale donne a basso rischio negli ospedali che partecipano al percorso.

Tasso di primi cesarei negli ospedali che partecipano al percorso.

### ***Neonato***

Numero di bambini sani alimentati in modo predominante o esclusivo al seno durante la degenza nell'ospedale che partecipa al percorso nascita/totale dei bambini sani assistiti nell'ospedale.

Numero di bambini sani alimentati in modo predominante o esclusivo al seno nelle 12 ore prima la dimissione nell'ospedale che partecipa al percorso nascita/totale dei bambini sani assistiti nell'ospedale.

Numero di bambini iscritti al PdF prima della dimissione/totale dei bambini dimessi dall'ospedale che partecipa al percorso nascita.

Numero di bambini dimessi e tornati al controllo entro la prima settimana nell'ospedale che partecipa al percorso nascita/totale bambini dimessi.

### ***Puerperio***

Numero di visite domiciliari effettuate dal CF.

Numero di donne tornate al controllo presso il CF/totale donne inserite nel percorso nascita dal CF.

Numero di bambini allattati in modo esclusivo o predominante al seno a 30 giorni di vita (indicatore calcolato su un campione di almeno il 10% di tutti i nati residenti).

**Allegato 1.C**  
**RETE pediatrica**

## Sintesi delle proposte

- Il presente documento è stato redatto, su mandato dell'Assessorato alla Sanità, da un gruppo di tecnici che lavorano nell'area dell'assistenza pediatrica con lo scopo di fornire indicazioni utili per una programmazione dei principali servizi dedicati all'età evolutiva finalizzata al raggiungimento di specifici e documentabili obiettivi di salute.
- Nel raggiungimento di specifici obiettivi di salute, i servizi dedicati alla salute del bambino devono ispirarsi ad una logica di coordinamento/integrazione fra loro e con altre istituzioni. A questo scopo si sottolinea la necessità di prevedere in ciascuna ASL una funzione di coordinamento e programmazione dei servizi dell'area pediatrica sia ospedalieri che territoriali; il Dipartimento Materno-Infantile o l'istituzione di una figura di coordinamento con competenze specifiche pediatriche in sanità pubblica e organizzazione dei servizi possono essere una risposta in tal senso.
- Si ritiene prioritario adeguare i 164 Consultori Familiari attualmente presenti agli standard previsti dalla normativa regionale e nazionale (LR n. 15/76, POMI – allegato 7), pur se il loro numero risulta inferiore a quello previsto dalla Legge n. 34/1996 (1 CF ogni 20.000 abitanti). L'attività del CF deve essere integrata nella rete dei servizi dedicati all'infanzia, favorendo attività specifiche che non ricadono già nelle competenze di altri servizi territoriali e ospedalieri.
- L'offerta di 765 Pediatri di Famiglia del Lazio sembra sufficiente a garantire l'assistenza alla popolazione in età pediatrica, anche se va rilevato che, al di fuori della città di Roma, esiste una quota di bambini fra 7 e 14 anni seguiti dai Medici di Medicina Generale. Vanno promossi, anche in forma sperimentale, quei modelli organizzativi che offrano una continuità assistenziale durante l'intera settimana, almeno nella fascia oraria 8-20.
- L'offerta attuale ospedaliera è di 31 UO pediatriche, più l'ospedale pediatrico. Va sottolineato che i nostri tassi di ospedalizzazione risultano di molto superiori a quelli osservati in altri paesi e che molte unità hanno indici di occupazione molto bassi. Si propone pertanto una riduzione del numero di UO, da definire in base alla più generale riorganizzazione della rete ospedaliera, e una loro modulazione in tre livelli di cura: I livello, II livello e III livello.
- Vanno sperimentate nuove forme di accesso in ospedale finalizzate a ridurre la quota di ricoveri ordinari e di lunga durata come il Week Hospital, lo Home in Hospital e l'Osservazione Breve. Associata all'UO pediatria va prevista un'Osservazione Breve per rispondere a quelle esigenze di assistenza o di approfondimento diagnostico di breve durata (6-24 ore) di bambini con: patologie acute rapidamente stabilizzabili; patologie sfumate e/o che necessitano di ripetute valutazioni; situazioni di disagio sociale che impediscono l'accesso



all'assistenza territoriale. I posti letto di OB necessari vanno considerati parte (non aggiuntivi) del fabbisogno previsto di posti letto ordinari e DH.

- Il fabbisogno di Unità di Chirurgia specialistica per la chirurgia maggiore può essere adeguatamente garantito da due Unità con un volume minimo di 1.200 interventi l'anno. Gli interventi di chirurgia minore possono essere trattati in posti letto di Day Surgery collocati in UO autonome di chirurgia o nell'area pediatrica.
- Riguardo all'area dell'urgenza-emergenza pediatrica si sottolinea l'esigenza di realizzare percorsi di de-ospedalizzazione facendo afferire le condizioni meno complesse all'Osservazione Breve prevista per l'area pediatrica. Vanno sperimentate modalità organizzative della Pediatria di Famiglia favorevoli la continuità assistenziale con l'obiettivo di spostare in ambito territoriale parte della urgenza fatta di codici bianchi e verdi. Va previsto un sistema di trasporto pediatrico dedicato dell'ARES 118, in rete con i PS e DEA con guardia pediatrica e con i DEA pediatrici.

## 1. Introduzione

L'Italia, e segnatamente il Lazio, è una delle regioni europee con indici di salute della popolazione pediatrica di mortalità e morbosità più favorevoli. Questo risultato è sicuramente dovuto ad un miglioramento delle condizioni economiche, sociali e culturali nonché della qualità dei servizi sanitari e sociali. All'interno di questo contesto positivo vanno però rilevate alcune criticità nel modello di cura che possono essere sinteticamente riassunte in:

- un'ipertrofia dell'area delle cure ospedaliere non più rispondente ad un quadro epidemiologico sempre più caratterizzato da una riduzione delle malattie acute e da una crescente domanda di assistenza riferita a malattie croniche e/o condizioni di disabilità per le quali è sempre più rilevante il peso di fattori "esterni" come l'ambiente, le condizioni socio-economiche e le competenze genitoriali;
- una scarsa divisione di ruoli fra cure primarie e cure ospedaliere che produce una mancanza di sinergia fra le due aree nella definizione di percorsi assistenziali e, in alcuni casi, una sovrapposizione degli interventi.

Nel febbraio 2007, l'Assessorato alla Sanità ha dato mandato ad un Gruppo di Lavoro rappresentativo di tutte le realtà assistenziali in campo pediatrico di elaborare linee di indirizzo per una riorganizzazione della rete pediatrica, ospedaliera e territoriale, definendo:

- il profilo funzionale dei singoli componenti della rete;
- il fabbisogno e la collocazione delle UO ospedaliere pediatriche;
- alcuni modelli organizzativi innovativi.

Questi aspetti, pur se trattati nel documento separatamente per singola tipologia di servizio (Consultori Familiari, Pediatria di Famiglia, Unità Ospedaliere e Sistema dell'Emergenza), vanno necessariamente inquadrati in una visione di insieme di "area pediatrica" per contrastare la frammentazione, la duplicazione e il mancato coordinamento delle risorse esistenti. Da un punto di vista di organizzazione del sistema si constata con preoccupazione che nella gran parte delle Aziende sanitarie locali della regione si sta rapidamente procedendo verso il superamento del Dipartimento Materno-Infantile a favore di modelli nei quali i vari servizi rivolti al bambino risultano collocati in aree diverse e funzionalmente separate. Ad esempio: in molte Aziende i Consultori Familiari che svolgono parte della loro attività nell'organizzazione di corsi di preparazione alla nascita sono collocati sotto la direzione del Distretto senza nessun collegamento con l'area ospedaliera ostetrica e neonatologica; alcune attività di prevenzione come le vaccinazioni e gli interventi sull'obesità vengono condotti dai Dipartimenti di Prevenzione senza un rapporto continuo con i Pediatri di Famiglia; il percorso nascita viene considerato come semplice e unica competenza delle unità ospedaliere.

Indipendentemente dai modelli organizzativi che ciascuna Azienda vorrà realizzare, per garantire un'adeguata continuità assistenziale e il raggiungimento di specifici obiettivi di salute va concretamente ricercata e realizzata una forte integrazione fra i servizi, sia sanitari che sociali, basata su protocolli, raccomandazioni e linee guida condivisi. Tale processo per essere efficiente ed efficace deve prevedere l'esistenza di un Dipartimento Materno-Infantile di tipo

funzionale o l'istituzione di una figura di coordinamento delle attività dell'Area Pediatrica con competenze specifiche pediatriche in sanità pubblica e organizzazione dei servizi.

Le proposte contenute nel documento indicano linee di indirizzo generale di programmazione che, per una loro concreta sperimentazione o applicazione, dovranno essere sviluppate in protocolli dettagliati da recepire con specifici atti amministrativi (ad esempio Delibere di Giunta). Esulano dagli interessi del documento gli aspetti relativi al sistema di finanziamento delle prestazioni e dei servizi, all'implementazione di sistemi informativi, ai processi di accreditamento e alla formazione del personale.

Il presente documento costituisce la sintesi dei lavori del gruppo.

## 2. Fonte dei dati

Per la descrizione dell'offerta e l'elaborazione delle proposte sono stati utilizzati le seguenti fonti o documenti:

- indagine conoscitiva sui Consultori Familiari condotta dall'Assessorato alla Sanità nel settembre 2006;
- archivio regionale dei Pediatri di Famiglia e quello degli assistiti aggiornato al 31 dicembre 2006;
- dati di fonte FIMP, aggiornati al marzo 2007, per l'informazione sul numero di pediatri aderenti alle Unità di Cura Primarie Pediatriche (UCPP) e con collaboratore;
- sistemi informativi regionali dell'emergenza (SIES) e dei ricoveri ospedalieri (SIO) riferiti all'anno 2006. I ricoveri, sia ordinari che in Day Hospital, sono stati analizzati nella fascia di età uguale o inferiore a 17 anni per le seguenti specialità: pediatria (codice 39), chirurgia pediatrica (codice 11), cardiocirurgia (codice 06, più codice della cardiologia 08 solo per le dimissioni con terapia chirurgica e codice 4901 corrispondente alla terapia intensiva cardiocirurgica dell'ospedale BG), neurochirurgia (codice 76), neuropsichiatria infantile (codice 33), urologia pediatrica (codice 78), terapia intensiva (codice 4931 e 4902 per il BG, 4905 per il Pol. Gemelli e 4903 per il Pol. Umberto I) e riabilitazione (codice 56, solo per i due Istituti che hanno posti letto dedicati al bambino);
- sistema informativo dei posti letto (Siplet) aggiornato al 31 dicembre 2006;
- progetto Obiettivo Materno-Infantile (DM 24 aprile 2000);
- documento dell'Agenzia di Sanità Pubblica "Proposta di Piano per l'Assistenza Pediatrica Ospedaliera nella Regione Lazio – ottobre 2005";
- D.G.R. 419/07 "Stima dei bisogni di salute e dei fabbisogni sanitari della Regione Lazio";
- documento della Società Italiana di Pediatria, Forum di Pisa, settembre 2006;
- D.G.R.. 921/06 "Approvazione linee guida preliminari per la introduzione dell'ospedale su cinque giorni (week hospital) nella rete di offerta ospedaliera del Lazio".

### 3. L'offerta dei servizi

#### Consultori Familiari

Dal Censimento dei Consultori Familiari, effettuato dall'Assessorato alla Sanità nel settembre 2006, risultano operativi nella regione 164 consultori (tabella 1), anche se alcune di queste strutture sono in realtà distaccamenti o sedi dedicate ad una attività specifica.

In tabella è riportata la distribuzione dei consultori familiari per ASL di appartenenza e per alcune caratteristiche: adeguatezza dei giorni di apertura (almeno 4 mattine a settimana più due pomeriggi); adeguatezza per presenza di équipe definita dalla Legge Regionale 15/76 (presenza a tempo pieno di un assistente sociale e ostetrica/assistente sanitario e presenza, secondo le necessità del consultorio, di ginecologi, pediatri e psicologi); presenza del pediatra; e numero medio di ore settimanali pediatriche.

Dei 164 consultori, il 73% risulta essere adeguato per giorni di apertura (le ASL del comune di Roma sono risultate essere le più adeguate), mentre solo il 31% è adeguato per équipe. Il pediatra è presente in 104 consultori familiari (63%) anche se la sua attività ricopre solo 14 ore settimanali con un'ampia variabilità tra le ASL (da 4 ore nelle ASL della Roma F e di Frosinone a 27 nella ASL di Latina).

Tabella 1- L'offerta di Consultori Familiari nel Lazio

ASL	CF	CF adeguati per giorni di apertura*		CF adeguati per équipe**		CF adeguati per giorni di apertura ed équipe	Presenza pediatra	
		Si	no	Si	no		n. CF con pediatra	n. ore/sett. pediatriche
RM A	9	9	0	2	7	2	6	18
RM B	14	12	2	7	7	7	13	26
RM C	10	10	0	6	4	6	9	22
RM D	11	11	0	4	7	4	7	16
RM E	10	10	0	2	8	2	5	11
RM F	12	8	4	1	11	1	9	4
RM G	21	10	11	5	16	5	13	11
RM H	16	10	6	7	9	7	9	12
VT	18	9	9	5	13	5	14	10
RI	11	6	5	2	9	2	9	8
LT	13	9	4	4	9	4	5	27
FR	19	16	3	6	13	6	5	4
TOT	164	120	44	51	113	51	104	14

\* Apertura 4 giorni la mattina e 2 il pomeriggio.

\*\* Presenza di un assistente sociale e ostetrica o assistente sanitario a tempo pieno più, secondo le necessità del consultorio, ginecologi, pediatri e psicologi.

### Pediatria di famiglia

Al 31 dicembre 2006 risultavano convenzionati con il SSR 765 Pediatri di Famiglia (tabella 2) con un rapporto di 1,1 PdF per 1.000 bambini residenti di età 0-13 anni. La copertura sulla popolazione di 0-6 anni è vicina al 100% mentre quella sulla popolazione di età 7-13 era del 70%, con un'ampia variabilità fra le 12 ASL (dall'80% per le ASL di Roma a valori compresi fra il 50% e 70% per quelle fuori Roma città). Rispetto alla composizione per età degli assistiti, il 58% aveva 6 anni o meno, il 40% era nella classe 7-13 anni e il 2% nella classe 14-16 anni. Rispetto alla tipologia di organizzazione dello studio, il 20% dei PdF aveva scelto la modalità associativa, l'11% la modalità di gruppo (di questi il 57,5% era rappresentato da due PdF) e il rimanente 69% quella singola. I PdF con personal computer rappresentavano circa la metà (48,8%) del totale.

ASL	TIPO ASSOCIAZIONE				PdF con PC	UCPP*	Collaboratore*	Numero medio assistiti	% assistiti x classe di età			Copertura % 0-6 anni	Copertura % 7-13 anni	Pop. 0-13 anni
	Singolo	Associato	Gruppo	Totale					0-6 aa	7-13 aa	14-16 aa			
RMA	48	10	4	62	24	40	7	764	53,8	43,3	2,9	100,5	82,9	49.510
RMB	69	13	24	106	52	58	18	761	55,4	41,8	2,9	101,7	80,6	84.834
RMC	45	28	4	77	44	12	5	778	55,7	42,7	1,6	100,0	79,7	61.195
RMD	54	16	10	80	42	33	11	800	58,8	39,9	1,3	104,9	78,5	67.616
RME	48	25	6	79	49	79	27	772	54,2	42,6	3,3	102,5	84,3	61.586
RMF	30	7	3	40	25	66	23	810	62,0	35,8	2,3	100,4	57,2	39.167
RMG	47	18	0	65	24	37	8	768	62,1	37,2	0,7	101,1	59,3	61.037
RMH	63	5	9	77	38	67	27	794	58,2	39,1	2,7	100,1	69,8	69.242
VT	22	8	3	33	11	25	13	741	62,8	36,3	0,9	92,0	50,4	34.640
RI	13	1	5	19	9	32	12	719	58,2	39,4	2,5	94,4	55,3	17.944
LT	50	7	13	70	30	41	10	838	57,2	41,6	1,2	95,4	64,0	71.987
FR	37	14	6	57	25	21	10	789	60,7	37,8	1,5	93,5	49,8	62.311
<b>Tot.</b>	<b>526</b>	<b>152</b>	<b>87</b>	<b>765</b>	<b>373</b>	<b>511</b>	<b>171</b>	<b>782</b>	<b>57,8</b>	<b>40,2</b>	<b>2,0</b>	<b>99,6</b>	<b>69,3</b>	<b>681.069</b>

**Tabella 2 - L'offerta dei Pediatri di Famiglia nel Lazio.**

\* FONTE: FIMP marzo 2007, UCPP = Unità Cure Primarie Pediatriche.

## *Unità Ospedaliere Pediatriche*

Nell'anno 2006 erano presenti nel Lazio 32 Istituti (i due presidi del Bambino Gesù sono stati considerati come unico Istituto) con reparto di pediatria generale (codice 39): 29 con reparto ordinario e 30 con reparto DH (tabella 3). In questi Istituti si sono verificate 30.864 dimissioni ordinarie e 20.248 in DH. Tutti gli Istituti ad eccezione del Nuovo Regina Margherita di Roma e del Regina Apostolorum di Albano avevano un'attività di Pronto soccorso: nel 2006 il numero totale di accessi è risultato pari a 407.558.

L'ospedale con il maggior numero di dimissioni è stato l'Ospedale pediatrico Bambino Gesù (n=5.559) seguito dal Policlinico Umberto I (n=1.646) e dal Policlinico Agostino Gemelli (n=1.534). L'offerta di posti letto nei reparti di pediatria generale era pari a 503 (dato aggiornato al dicembre 2006). L'indice di occupazione totale è risultato del 63,2% con un'ampia variabilità fra Istituti: l'indice più alto si osserva nell'Azienda ospedaliera S. Andrea di Roma (87%) e il più basso all'Ospedale Angelucci di Subiaco (25,3%). Complessivamente, 22 Istituti su 29 riportavano un tasso di occupazione inferiore al 75%.

Nella tabella 4 è riportata l'offerta delle specialità pediatriche ospedaliere. Nel 2006, l'attività chirurgica pediatrica in regime ordinario era svolta da 5 istituti con un totale di 111 posti letto. Due Istituti (Policlinico Gemelli e Sant'Andrea) non avevano un servizio di Day Hospital e uno (Policlinico Umberto I) aveva un'attività di DH molto limitata (236 dimissioni nell'anno). Le dimissioni in regime ordinario sono state 6.510 (I.O. 63,9%) e quelle in DH 4.156. La percentuale di DRG chirurgici ordinari varia dal 33,8% al 58,4%; quella riferita ai DH varia dal 13,9% al 70,2%.

L'attività di cardiocirurgia pediatrica è collocata esclusivamente presso l'Ospedale Bambino Gesù. Nel 2006 vi sono state 1.237 dimissioni in regime ordinario dal reparto di cardiologia (solo con terapia chirurgica), cardiocirurgia e terapia intensiva cardiocirurgica per i 38 posti letto disponibili (escluso il reparto di cardiologia con terapia chirurgica) e 390 dimissioni in DH con 2 posti letto.

L'offerta di neurochirurgia è stata garantita da due Istituti (Policlinico A. Gemelli e Ospedale Bambino Gesù), per un totale di 678 dimissioni e 18 posti letto, con un I.O. pari a 88,9%.

La specialità di neuropsichiatria infantile in regime ordinario è collocata in 3 istituti (30 posti letto) e quella in DH in 6 istituti (73 pl). Le dimissioni in regime ordinario e DH sono state rispettivamente 1.159 (I.O. 76,7%) e 10.390. Per i reparti che dispongono di posti letto ordinari, allo stato attuale non è possibile conoscere la dotazione di posti letto dedicati all'urgenza psichiatrica.

L'urologia pediatrica è collocata nell'Ospedale Bambino Gesù per un totale di 3.622 dimissioni ordinarie per 36 posti letto (I.O. 88,5%) e 3.622 dimissioni in DH (7 posti letto).

I tre reparti di Terapia Intensiva Pediatrica sono collocati presso il Bambino Gesù, il Policlinico Gemelli e il Policlinico Umberto I. Le dimissioni totali sono state 864 su 28 posti letto. Il 13,3% delle dimissioni aveva meno di 28 giorni di età (79% Bambino Gesù, 96% Policlinico A. Gemelli, 71% Policlinico Umberto I).

Nella regione sono presenti due Istituti con reparti di riabilitazione dedicata all'età pediatrica (Bambino Gesù e IRCCS San Raffaele-Pisana). Le dimissioni da ricoveri ordinari da queste strutture sono state 626 (31 p.l. con un I.O. 89,8%) e quelle da DH 6.316.

Tabella 3 - Unità Ospedaliere di Pediatria (codice 39) per ricoveri ordinari e day hospital, età 0-17 anni. Lazio, 2006.

ISTITUTO	Comune	Azienda*	Dimissioni			Accessi in PS	n. nati	Posti letto (Siplet) #		
			Ordinarie	DH	Accessi-DH			ordinari	DH	IO%
Nuovo Regina Margherita	Roma	RMA	-	252	707	-	-	-	4	-
Sandro Pertini	Roma	RmB	1.060	641	1.104	15.594	1.686	12	2	85,4
Sant'Eugenio	Roma	RmC	711	371	676	12.029	1.414	16	4	77,3
GB Grassi	Roma	RmD	971	274	434	12.525	1.388	11	2	80,6
San Pietro – FBF #	Roma	RmE	1.221	710	727	9.605	3.583	23	1	54,8
San Carlo di Nancy #	Roma	RME	-	477	941	2.457	-	-	4	-
San Camillo – Forlanini	Roma	AO	1.342	170	463	19.255	3.202	17	1	73,7
San Giovanni	Roma	AO	293	112	136	7.565	1.956	6	1	25,9
Sant'Andrea	Roma	AO	5.559	1.638	1.942	7.979	-	10	6	87,0
Policlinico A. Gemelli	Roma	AU	1.534	1.140	1.648	12.988	3.110	36	5	57,8
Policlinico Umberto I	Roma	AU	1.646	3.372	4.727	38.456	1.744	46	18	53,6
Bambino Gesù	Roma	IRCCS	5.559	6.190	6.190	54.657	-	61	15	109,8
			986	1.247	1.248					
San Paolo	Civitavecchia	RmF	351	69	157	5.193	345	5	4	48,7
Parodi Delfino	Colleferro	RmG	626	564	679	5.469	420	10	2	59,8
Coniugi Bernardini	Palestrina	RmG	666	141	328	8.184	491	10	2	70,5
Angelucci	Subiaco	RmG	68	-	-	2.069	123	2	-	25,3
San Giovanni Evangelista	Tivoli	RmG	697	178	188	7.886	981	22	7	31,2

segue



Tabella 3 - Unità Ospedaliere di Pediatria (codice 39) per ricoveri ordinari e day hospital, età 0-17 anni. Lazio, 2006.

continua

ISTITUTO	Comune	Azienda*	Dimissioni			Accessi in PS	n. nati	Posti letto (Siplet) #		
			Ordinarie	DH	Accessi-DH			ordinari	DH	IO%
P.O. Anzio-Nettuno	Anzio	RmH	226	-	-	10.745	655	10	0	35,0
P.O. Albano-Genzano	Genzano	RmH	875	52	64	7.602	1.094	10	1	78,4
San Sebastiano Martire	Frascati	RMH	-	392	471	3.548	-	-	4	-
San Giuseppe	Marino	RmH	1.085	121	213	2.629	848	15	1	87,0
Civile Paolo Colombo	Velletri	RmH	836	-	-	6.775	672	10	0	68,7
Regina Apostolorum	Albano	RmH	1.346	836	972	-	-	26	3	52,9
Belcolle	Viterbo	VT	1.327	238	305	7.963	1.223	15	4	63,8
San Camillo de Lellis	Rieti	RI	617	428	532	6.738	712	13	4	56,9
Santa Maria Goretti	Latina	LT	1.272	48	106	12.296	1.639	38	0	33,5
San Giovanni di Dio	Fondi	LT	392	208	361	5.030	996	7	1	65,6
Ospedale Civile	Gaeta	LT	645	157	450	5.338	781	11	1	48,4
Umberto I	Frosinone	FR	832	116	357	8.602	973	20	2	35,2
San Benedetto	Alatri	FR	1.003	31	69	5.411	791	16	1	63,8
Santissima Trinità	Sora	FR	766	63	112	4.969	922	12	3	53,1
Gemma de Bosis	Cassino	FR	766	12	35	5.617	618	13	2	53,1
<b>Totale</b>			<b>30.864</b>	<b>20.248</b>	<b>26.342</b>	<b>315.174</b>	<b>32.367</b>	<b>503</b>	<b>105</b>	<b>63,2</b>

Tabella 4 - Unità Ospedaliere di Specialità Pediatrica per ricoveri ordinari e day hospital, età 0-17 anni. Lazio, 2006.

Specialità	ISTITUTO	Azienda*	PS	ricoveri ordinari			DH		% DRG chirurgici	
				n.	IO %	pl	n.	pl	OR	DH
<b>Chirurgia ° (cod11)</b>	Bambino Gesù-Roma	IRCCS	DEAll	2.265	65,5	68	1.671	10	48,2	13,9
	Bambino Gesù-Palidoro	IRCCS	DEAll	1.224			1.137		33,8	42,6
	San Camillo-Forlanini	AO	DEAll	1.237	55,8	20	1.112	8	58,4	70,2
	Policlinico Umberto I	AU	DEAll	841	76,6	9	236	1	47,0	34,7
	Policlinico A. Gemelli	AU	DEAll	739	65,8	10	-	-	44,2	-
	Sant'Andrea	AO	PS	204	41,9	4	-	-	53,9	-
	Totale			6.510	63,9	111	4.156	19	47,0	
<b>Cardiochirurgia° (cod 06), Cardiologia (cod 08-terapia chirurgica), Terapia Intensiva Cardiochirurgica (cod 4901)</b>	Bambino Gesù	IRCCS	DEAll	1.237		38§	390	2§		
<b>Neurochirurgia° (cod 76)</b>	Policlinico A. Gemelli	AU	DEAll	451	88,8	14	-	-		
	Bambino Gesù	IRCCS	DEAll	227	89,4	4	-	-		
	Totale			678	88,9	18	-	-		
<b>Neuropsichiatria infantile (cod 33)*</b>	Policlinico Umberto I	AU	DEAll	506	68,9	14	2.465	30		
	Bambino Gesù	IRCCS	DEAll	202	90,3	10**	4.616	19		
	Policlinico A. Gemelli	AU	DEAll	451	79,5	6**	2.156	4		
	Policlinico Tor Vergata	AU	PS	-	-	-	573	8		
	Villa Albani	RM H		-	-	-	255	6		
	P.O. Latina Nord	LT		-	-	-	325	6		
	Totale			1.159	76,7	30	10.390	73		

§ I posti letto fanno riferimento solo al reparto 06 e 4901.

*segue*

Tabella 4 - Unità Ospedaliere di Specialità Pediatrica per istituto, ricoveri ordinari e day hospital, età 0-17 anni. Lazio, 2006.

continua

Specialità	ISTITUTO	Azienda*	PS	ricoveri ordinari			DH	
				n.	IO %	pl	n.	pl
<b>Urologia pediatrica (cod 78)*</b>	Bambino Gesù	IRCCS	DEAll	3.210	88,5	36	3.622	7
<b>Terapia intensiva<sup>°</sup> (cod 4931 e 4902 per il Bambino Gesù, cod 4905 per il Policlinico A.Gemelli e 4903 per il Pol. Umberto I)</b>	Bambino Gesù <sup>°</sup>	IRCCS	DEAll	354	65,7	18	-	-
	Policlinico A. Gemelli	AU	DEAll	342	62,8	6	-	-
	Policlinico Umberto I	AU	DEAll	168	75,2	4	-	-
	Totale			864	66,4	28	-	-
<b>Riabilitazione (cod 56)*</b>	San Raffaele Pisana	IRCCS		360	90,0	10**	2.628	10
	Bambino Gesù (Palidoro, S. Marinella)	IRCCS	DEAll	226	89,7	21	3.688	9
	Totale			626	89,8	31	6.316	19

<sup>°</sup> Sono state incluse anche le dimissioni per nascita.

\* Sono stati considerati coloro che hanno un'età al ricovero > 28 giorni.

\*\* I dati sui posti letto sono stati forniti dalle Direzioni Sanitarie degli Istituti.

### *La rete dell'urgenza-emergenza*

Secondo il censimento del 2006, le strutture che dispongono di un Pronto soccorso o DEA di I o II livello nel Lazio sono 59: 35 hanno un PS, 17 un DEA di I livello e 7 un DEA di II livello. Fra gli Istituti con un PS/DEA, 29 hanno un'unità pediatrica di ricovero (11 con PS, 12 con DEA di I e 6 con DEA di II livello). Complessivamente, nel 2006 nel Lazio ci sono stati 407.558 accessi in Pronto soccorso (PS) nella classe di età 0-17 anni (18,1% di tutti gli accessi in PS). Il tasso di ricovero non programmato degli accessi in PS era pari al 9,8% e la percentuale di triage con codice bianco e verde era rispettivamente del 13,2% e dell'81,2%. I PS pediatrici sono tre, presenti presso il Bambino Gesù, l'Azienda Universitaria Policlinico Umberto I e l'Azienda Ospedaliera San Camillo.

#### 4. Le proposte

##### *Consultori Familiari*

I Consultori Familiari (CF), istituiti con L.R. 12 gennaio 1976, n. 15, svolgono compiti di tutela della salute femminile, dei soggetti in età evolutiva e delle relazioni familiari, con attività di informazione, prevenzione e assistenza.

Sono servizi a libero accesso che si basano sul concetto di accoglienza di prima istanza e di offerta attiva rivolta alla popolazione con particolare attenzione per gli adolescenti e gli immigrati.

Svolgono, altresì, un lavoro di rete a garanzia dell'agevolazione e continuità nei processi assistenziali; rivestono un ruolo sociale oltre che sanitario con un approccio multidisciplinare all'utenza fondato sul lavoro in équipe tra operatori sanitari (medici, ostetriche e infermieri) e operatori psico-sociali.

La funzione di promozione della salute pediatrica del CF si basa sulla presenza del Pediatra consultoriale e di altre figure come lo psicologo, l'assistente sociale, l'ostetrica e l'infermiere. In un contesto di équipe multiprofessionale questi operatori hanno la possibilità di "intercettare" il bambino e la sua famiglia molto precocemente, sin dall'epoca prenatale. Il CF inoltre opera nella collettività (gruppi di genitori, studenti, insegnanti ecc.) e ha il compito di "raggiungere" i minori più bisognosi che non sono in carico al Pediatra di Famiglia (PdF).

##### Problemi

I consultori familiari della regione Lazio sono in numero insufficiente e spesso, soprattutto in provincia, non sono adeguati dal punto di vista ambientale e organizzativo (apertura limitata ad alcuni giorni settimanali) e soffrono spesso di carenza di personale.

Si avverte una scarsa integrazione con altri servizi, ad esempio con l'ospedale per quanto riguarda il percorso nascita e l'allattamento al seno e con l'area delle cure primarie per la presa in carico precoce del neonato da parte del PdF. C'è inoltre un'attività del CF riferita alle vaccinazioni e alle visite pediatriche che duplica servizi già esistenti nel territorio.

##### Proposte

- Adeguare alla normativa vigente i consultori rispetto ai giorni di apertura, alla presenza degli operatori, all'adeguatezza dei locali e delle attrezzature.
- Le dimissioni precoci dal punto nascita possono determinare, per i nati appartenenti a gruppi socialmente meno integrati, un vuoto assistenziale che, anche se di breve durata, può influenzare negativamente alcuni aspetti importanti di consolidamento della relazione madre-bambino e di costruzione del percorso genitoriale. In queste situazioni il CF può essere un punto di riferimento sicuro per il nuovo nato e la sua famiglia e diventare il tramite per la Pediatria di Famiglia nonché per gli altri servizi sanitari e sociali.
- La promozione e il sostegno dell'allattamento al seno rappresentano un obiettivo di salute da perseguire. Il CF deve svolgere un ruolo attivo attraverso l'effettuazione dei corsi di preparazione alla nascita, la formazione di

gruppi genitoriali di autosostegno e la realizzazione di programmi di visite domiciliari nelle prime settimane dopo la nascita indirizzati a gruppi di neonati a maggior rischio di interruzione dell'allattamento al seno.

- Va promossa l'attività del CF verso la scuola sui temi dell'educazione sessuale e della contraccezione fra gli adolescenti, privilegiando metodologie di educazione fra pari.
- Bambini appartenenti a particolari gruppi etnici e i nomadi, con o senza tesserino STP, non iscritti al SSN, non sono presi in carico dalla Pediatria territoriale e utilizzano spesso l'Ospedale come unico riferimento del SSN. In questi gruppi si rileva inoltre la presenza di stili di vita non salutari (ad esempio, abitudine o esposizione passiva al fumo) o una bassa copertura vaccinale. Il CF può svolgere una funzione importante di educazione sanitaria, di prevenzione delle malattie infettive e di riferimento ai servizi presenti nel territorio.

## *Pediatria di Famiglia*

Un ruolo importante nella tutela della salute della popolazione in età evolutiva è affidato alla rete di Pediatri di Famiglia (PdF) diffusa su tutto il territorio nazionale. Questi specialisti gestiscono in modo globale la salute del bambino e dell'adolescente grazie alla presa in carico delle problematiche sanitarie tramite l'erogazione delle cure primarie (di base, organizzate o integrate), partecipando al servizio di continuità assistenziale. La pediatria di famiglia ha il compito di interpretare i reali bisogni di salute e di trasformarli in appropriata domanda d'utilizzo delle risorse aziendali, con l'attivazione di corretti percorsi assistenziali che integrino la componente sanitaria territoriale e ospedaliera a quella sociale. Oltre all'attività diagnostica e terapeutica nei confronti di bambini e adolescenti con particolare attenzione alle patologie acute e croniche, la tutela del minore, la prevenzione di comunità (educazione sanitaria, ricerca epidemiologica, sperimentazione dei farmaci, formazione professionale e attività didattica nei confronti di personale sanitario, medici e specialisti in formazione, programmi di profilassi ecc.) e individuale (bilanci di salute, rimozione di fattori di rischio modificabili, diagnosi precoce ecc.) devono essere componenti principali dell'attività del PdF. Oltre a queste competenze, il PdF svolge un ruolo determinante come filtro all'accesso in ospedale, attraverso un'attenta valutazione dei bisogni di salute dei bambini con patologie croniche e l'adesione a forme associative adeguate a rispondere alle richieste di assistenza in caso di condizioni acute di malattia.

### Problemi

Le principali criticità per l'assistenza pediatrica sono soprattutto legate alla: promozione di attività di tipo preventivo legate al miglioramento degli stili di vita e al contrasto di fattori di rischio; gestione delle malattie croniche, delle disabilità, dei disturbi dello sviluppo e delle situazioni di disagio sociale, che colpiscono una percentuale ridotta di bambini e adolescenti, ma che richiedono elevati standard di qualità di cure, continuità assistenziale e integrazione sociosanitaria; funzione di filtro dell'accesso del bambino in ospedale per condizioni cliniche di competenza ambulatoriale. Rispetto a quest'ultimo punto è da rilevare la mancanza di chiare prove di efficacia dei diversi modelli organizzativi previsti dagli accordi nazionali e regionali (pediatria in associazione, in gruppo, UCPP) rispetto al modello tradizionale (pediatra singolo) nel ridurre il ricorso all'ospedale. L'analisi degli accessi in Pronto soccorso (PS) nella fascia oraria 8-20 nei giorni feriali per condizioni di gravità lieve non dimostra differenze importanti fra i bambini assistiti da pediatri che hanno aderito alle diverse forme associative rispetto a quelli assistiti da pediatri in forma singola. Tali risultati, se pur necessitano di ulteriori verifiche e approfondimenti anche con indagini ad hoc, indicano che la soluzione adatta a garantire la continuità assistenziale nelle cure primarie debba trovare una più adeguata risposta in nuovi modelli organizzativi.

### Proposte

- Per promuovere concretamente la continuità assistenziale si propone l'implementazione, anche se sperimentalmente, di nuovi modelli organizzativi e/o la qualificazione di modelli già esistenti (pediatria di gruppo)

o Unità di Cure Primarie Pediatriche previste dal recente accordo regionale). Nello specifico possono essere fatte le seguenti proposte: (1) incremento della pediatria di gruppo; (2) UCPP con uno studio aperto il sabato e prefestivi con orario almeno fino alle 14.00; (3) sperimentare a livello distrettuale, in locali forniti dalla ASL, nei giorni prefestivi e festivi una postazione ambulatoriale nella fascia oraria 8-20 con presenza di un numero adeguato di PdF e personale infermieristico per attività ambulatoriale rivolta alla popolazione residente nel distretto; (4) Unità Territoriali Assistenza Primaria (UTAP) composte da almeno 5 PdF che svolgono la loro attività in locali delle ASL H12 dal lunedì alla domenica con orario diurno ore 8-20 supportata da personale infermieristico e amministrativo della ASL. Ognuno dei 4 modelli organizzativi deve essere inserito all'interno della rete di servizi dell'Azienda per l'esecuzione di accertamenti diagnostici (laboratorio di analisi, di radiologia, DH ecc.), consulenze specialistiche (ambulatoriale o in DH) e gestione di condizioni acute (Osservazione Breve o ricovero ordinario). Per il loro carattere innovativo, tali esperienze dovranno prevedere una rigorosa fase di monitoraggio e valutazione di indicatori di processo ed esito.

- Per la copertura della fascia oraria 20-8 vanno sperimentate forme di guardia pediatrica ambulatoriale, utilizzando medici di continuità assistenziale appositamente formati, pediatri inseriti in graduatoria regionale, specializzandi in pediatria dell'ultimo biennio di studi, pediatri in convenzione con un numero di assistiti inferiore a 200 su base volontaria. Questo servizio potrebbe essere collocato nei locali del distretto o, laddove territorialmente presente, presso un locale dell'ospedale.
- Favorire l'informatizzazione e la messa in rete degli studi pediatrici con l'azienda e gli ospedali, per assicurare un'effettiva gestione e utilizzo delle informazioni raccolte (ad esempio Bilanci di Salute), anche integrandosi con altri archivi e sistemi esistenti (per esempio anagrafe vaccinale, registro esenzioni, accesso on-line a refertazione dei laboratori, specialistica, dei reparti ospedalieri, RECUP).
- Ogni punto nascita dovrà informare adeguatamente i neo-genitori sulla Pediatria di Famiglia e favorirne l'opportunità di iscrizione il prima possibile, preferibilmente in ospedale. Dovrà essere effettuato un primo bilancio di salute nei primi 10 giorni di vita per sostenere e fornire assistenza a madre e neonato nel primo periodo della vita, identificare tempestivamente condizioni di rischio sociale e/o sanitario, promuovere l'allattamento al seno e sostenere il benessere familiare favorendo il reciproco attaccamento madre-bambino.
- È necessario inoltre promuovere l'integrazione tra ospedale e territorio: consentendo al PdF di inviare i propri assistiti all'Osservazione Breve Pediatrica (OBP) e di partecipare attivamente alla loro gestione assistenziale durante il ricovero; prevedendo modalità di ricovero, comunicazione e collaborazione durante il periodo di degenza e di dimissione concordati.
- Promuovere attività di miglioramento continuo della qualità attraverso l'implementazione di Linee guida, processi di revisione, partecipazione ad attività di ricerca epidemiologica valutativa e sull'appropriatezza prescrittiva.
- Ogni PdF dovrà fornire alla ASL e ai genitori al momento dell'iscrizione del bambino la propria Carta dei Servizi che espliciti la modalità di lavoro adottata (singola, di gruppo, associativa), l'estensione dell'orario d'apertura, l'eventuale rintracciabilità, le attività per l'attuazione dell'integrazione sociosanitaria, la realizzazione sistematica dei bilanci di salute, la disponibilità di *self help* diagnostico presso l'ambulatorio ecc.



- Laddove, in situazioni locali, si osservi una carenza strutturale di personale dipendente della ASL, il PdF su base volontaria, retribuita e compatibilmente con la propria attività convenzionata può fornire prestazioni “istituzionali” direttamente erogate dall’Azienda (ad esempio vaccinazioni) e rivolte alla popolazione residente.

### *Le Unità Ospedaliere Pediatriche*

L’ospedale, nelle sue differenti tipologie, rappresenta, sia in termini di assorbimento di risorse che di capacità di risposta a bisogni di salute complessi, un’articolazione fondamentale del Sistema sanitario nazionale nella sua funzione di tutela della salute.

Soprattutto per l’età pediatrica, la rete di servizi ospedalieri è una risorsa importante per rispondere ai bisogni di salute del bambino e dell’adolescente, in particolare nella gestione di patologie acute complesse, nell’accertamento diagnostico e nel programma terapeutico e riabilitativo di patologie croniche e nella funzione di raccordo con le cure primarie per la gestione di condizioni croniche e disabilitanti. Accanto a questi effetti positivi, però, un modello di assistenza basato su unità ospedaliere considerate come soggetti che erogano prestazioni può oggettivamente indurre bisogni inesistenti o impropri o produrre prestazioni inefficaci e inappropriate.

La realtà dei servizi pediatrici ospedalieri del Lazio è molto articolata, per l’ampia varietà di presidi, e diffusa su tutto il territorio. Accanto ai reparti di pediatria generale, è ben rappresentata l’offerta di reparti di chirurgia pediatrica così come quella di reparti di elevata specialità.

### Problemi

- Nel 2006 il tasso di ospedalizzazione in regime ordinario per la popolazione pediatrica (0-14 anni) era pari al 78,7 per 1.000, valore decisamente superiore agli altri paesi europei (Regno Unito 51, Spagna 60).
- Significativa percentuale di casi pediatrici assistiti in Reparti per adulti (circa il 25%) con conseguente rischio di inappropriatezza clinica e assenza di condizioni ambientali idonee.
- Presenza di numerosi reparti di pediatria con basso indice di occupazione. Nel 2006 su 29 Istituti con reparto di pediatria generale (codice 39) ben 22 avevano un indice di occupazione inferiore al 75% e 16 inferiore al 60%.
- Presenza di alcuni reparti di Pediatria senza adeguate risorse umane e strutture logistiche con conseguente inadeguatezza della sicurezza per il paziente.
- Presenza di UO di Chirurgia Pediatrica con basso volume di attività, senza servizio di Day Hospital e con bassa percentuale di DRG chirurgici.
- Scarso decentramento di alcune attività diagnostiche e terapeutiche. Appare paradossale che un bambino della regione Lazio affetto da patologie chirurgiche di media importanza come ad esempio ernia inguinale, fimosi, criptorchidia, o che necessiti di una valutazione oculistica, ortopedica o cardiologica debba recarsi negli ospedali della Capitale per avere cure adeguate e appropriate.
- La continuità assistenziale nelle ore notturne e nei giorni festivi e prefestivi viene assicurata dalla Guardia medica che non possiede competenze specifiche per il bambino piccolo sotto i 6 anni.

## Proposte

- Trasformazione della tradizionale UO Pediatrica ospedaliera in area pediatrica, intesa come *area omogenea per livello di assistenza*, in cui confluisca tutta l'utenza di fascia pediatrica dell'Ospedale, medica, chirurgica e specialistica in modo da assicurare la maggiore qualità delle cure dal punto di vista specialistico, assistenziale e psicologico. Andrà privilegiata non la struttura e la degenza ma il paziente, che va messo al centro del sistema, e che dovrà essere assistito da personale con preparazione specifica, mentre le diverse competenze mediche opereranno in maniera integrata.
- Dotare tutti i reparti pediatrici di p.l. di Osservazione Breve Pediatrica (OBP); questa modalità di offerta deve essere compresa all'interno del fabbisogno complessivo di posti letto di ricovero ordinario e DH. L'OBP, modello organizzativo dove è possibile osservare, curare, stabilizzare per alcune ore un bambino visto in PS/DEA e che non può essere subito dimesso in sicurezza, può rappresentare un'alternativa a molti ricoveri ordinari.  
Sono di competenza dell'OBP: patologie acute, ma che possono essere spesso rapidamente stabilizzabili (esempio asma bronchiale, laringospasmo, vomito incoercibile, diarree acute con modica disidratazione ecc.); patologie di media gravità o non chiaramente definite ma che necessitano di ripetute valutazioni (sospetta appendicite, dolore toracico, trauma cranico moderato/politrauma lieve nel bambino <3-5 anni, cefalea/emicrania, convulsioni e/o recidive in bambino con epilessia, sospetta assunzione impropria farmaci/tossici ecc.); situazione di disagio socioeconomico/emarginazione, ma anche mancanza di continuità assistenziale territoriale, che rende incerta la compliance alle misure terapeutiche o difficile la rivalutazione del paziente nei giorni immediatamente successivi alla visita in PS/DEA (avvio terapie efficaci, contatto con strutture territoriali competenti o con PdF/consultori per follow-up ecc).
- L'organizzazione di sedute decentrate di "Day Hospital" medico o chirurgico o di sessioni ambulatoriali periodiche presso strutture ospedaliere periferiche da parte di personale medico ospedaliero specialistico in convenzione costituirebbe un correttivo dai costi limitati e di grande valenza sanitaria e sociale. Di conseguenza, strutture complesse come l'Ospedale Pediatrico o le Cliniche Pediatriche potrebbe concentrare le loro risorse su attività non decentrabili di maggiore impegno assistenziale.
- Sperimentare nelle unità di pediatria o di specialità pediatrica forme di week hospital sui 5 giorni (di norma dal lunedì al venerdì) con chiusura delle attività il fine settimana per i ricoveri la cui degenza attesa è superiore alle 24 ore e, di norma, inferiore alle 96.
- Al fine di ridurre la quota di ricoveri impropri in Day Hospital, implementare i PAC (Pacchetti Ambulatoriali Complessi) già previsti e prevederne l'introduzione di nuovi.
- Ridefinire la rete delle Unità Ospedaliere Pediatriche in tre livelli: I livello, UO con annesso un punto nascita con > 500 nati/anno o con un numero di ricoveri/anno > 1.000; II livello, UO con un bacino di utenza di almeno 200.000 residenti, con annesso un punto nascita con > 800 nati/anno; III livello, UO di Specialità Pediatrica dedicate alla gestione dei casi a elevata complessità (ad esempio trapianti, malattie rare ecc.) e/o specificità legata all'età (ad esempio chirurgia) nonché ad attività di formazione e ricerca. Tali strutture dovranno assicurare anche dopo la dimissione la continuità assistenziale a domicilio in quelle situazioni in cui è necessaria un'assistenza complessa (pazienti oncologici, terapia nutrizionale, terapia antalgica, cure palliative, assistenza respiratoria) attraverso un'interazione con il PdF o con strutture territoriali per l'età evolutiva. Alle strutture di III livello spetta anche la funzione di consulenza specialistica nei confronti delle strutture di I e II livello, nonché la formazione permanente del personale dedicato all'assistenza pediatrica, in ambito territoriale

e ospedaliero. Sono solitamente concentrate in tali strutture le UO di altissima specializzazione (20 pl/100.000 abitanti 0-17 anni) accreditate per almeno 5 specialità .

Sono inoltre considerate di III livello UO per assistenza gravide, neonati e bambini HIV sieropositivi o malati AIDS o UO di alta specialità chirurgica per trapianti d'organo con una dotazione di 10 p.l. per 1.000.000 abitanti 0-17 anni. Le UO di III livello dovranno essere organizzate in Modelli Dipartimentali orizzontali, con Servizi diagnostici centralizzati, specificatamente orientati all'età evolutiva, con particolare riguardo alla diagnostica per immagini, all'anatomia patologica, alla biochimica clinica e alla genetica.

La definizione di UO di I, II e III livello con il relativo numero di posti letto sarà individuata nel Piano di riorganizzazione delle rete ospedaliera.

- Ridefinire la rete della chirurgia pediatrica in due livelli: (I livello) Area di Day Surgery con personale e spazi autonomi o collocata in UO di Pediatria di II e III livello per il trattamento di patologie chirurgiche minori (ernia inguinale congenita e idrocele vaginale, testicolo ritenuto palpabile, fimosi, anomalie minori dei tessuti molli, ernia ombelicale, appendicite acuta, torsione del testicolo, strozzamento di ernia inguinale, stenosi ipertrofica del piloro, traumi minori); (II livello) UO di Chirurgia Pediatrica Specialistica dedicata a patologie complesse e a trattamenti di urgenza/emergenza (malformazioni congenite complesse, tumori maligni e benigni, patologie epatobiliari, patologie gastrointestinali maggiori o complesse, patologie traumatiche maggiori o da abuso, patologie toraciche, disturbi endocrini, patologie chirurgiche non complesse associate a patologie pediatriche importanti o con prevedibili problematiche di ordine anestesiologicalo, disturbi funzionali del tratto urinario).

### *La rete dell'urgenza-emergenza*

L'efficace gestione dell'urgenza-emergenza pediatrica prevede una forte integrazione fra cure primarie e ospedaliere in un sistema organizzato per livelli assistenziali nel quale siano ben definiti i bacini di utenza, la relazione funzionale fra i livelli nonché le modalità di funzionamento del sistema di trasporto pediatrico. In questo ambito, parallelamente alla definizione dei livelli delle Unità Ospedaliere Pediatriche va disegnata la rete dei PS, DEA di I e II livello con competenze specifiche per l'assistenza del bambino in condizioni cliniche critiche.

#### Problemi

- Fra i 59 PS/DEA, 30 (50,8%) non hanno il pediatra in reperibilità/guardia. In questi Istituti gli accessi in età < 18 anni sono stati il 22,7% del totale degli accessi.
- Assenza di una rete ospedaliera per l'emergenza pediatrica. Attualmente un paziente pediatrico con la stessa patologia può essere assistito ovunque: in Terapia Intensiva Pediatrica, in Terapia Intensiva Adulti, in Terapia Intensiva specialistica dell'adulto (come cardiocirurgia o neurochirurgia), in Terapia semi-intensiva, in Pediatria generale e perfino in Medicina d'urgenza per adulti.
- Elevato accesso al PS ospedaliero. Gli accessi nella fascia di età 0-17 sono stati 407.558 (18% del totale degli accessi); il 13% e l'81% degli accessi sono costituiti rispettivamente da codici bianchi e verdi. Sul totale dei codici bianchi e verdi (n=384.573) il 51% è avvenuto nei giorni feriali nella fascia oraria 8-20, a dimostrazione che una maggiore continuità assistenziale va realizzata non solo nel week end o nelle ore notturne.

#### Proposte

- Si ritiene prioritario attivare una rete dell'emergenza costituita da: centri di III livello, Ospedali di Riferimento Regionali con un PS pediatrico dedicato, con annessa un'Osservazione Breve Intensiva Pediatrica, dotati di Specialità Pediatriche e di Chirurgia Pediatrica e di risorse di Rianimazione Pediatrica; centri di II livello con PS, DEA di I e II livello con guardia pediatrica H24, ovvero in Istituti con un'UO di pediatria; centri di I livello con PS-DEA di I livello senza guardia pediatrica H24, collegati funzionalmente con i centri di III-II livello. L'articolazione della rete dovrà essere disegnata più nel dettaglio con il contributo del gruppo di lavoro sull'emergenza istituito a livello regionale.
- Servizio dell'ARES 118 dedicato al trasporto pediatrico.
- Promuovere modelli organizzativi favorevoli la continuità assistenziale nelle cure primarie al fine di ridurre gli accessi in PS con codice bianco e verde.

## 5. Percorsi assistenziali

Le proposte contenute nella sezione 4 del documento sono qui tradotte sotto forma di “percorsi assistenziali”, descrivendo, per quelle condizioni e patologie ad elevato impatto, il tipo di prestazioni da garantire in un sistema in un modello organizzativo in cui i servizi operano in forma fortemente integrata. A livello aziendale, per ciascun percorso, va prevista una figura di coordinamento che abbia la funzione di disegnare e realizzare la rete dei servizi coinvolti, sia sanitari che sociali, di produrre indicatori di monitoraggio e valutazione e di realizzare gli eventuali interventi correttivi. Condizione essenziale per una piena implementazione dei percorsi è da un lato la stesura e condivisione di protocolli, raccomandazioni e linee guida da parte di tutti gli operatori interessati e dall'altro l'attenzione a promuovere un'utenza competente a scegliere il percorso più rispondente al bisogno di salute.

### *Percorso nascita del neonato sano*

La responsabilità di tutela e promozione della salute riproduttiva compete a diverse figure presenti all'interno del SSR. Il medico di medicina generale, i CF, le strutture specialistiche ospedaliere hanno responsabilità nella fase pre e post concezionale: ad esempio nella fase pre-concezionale per il controllo della copertura vaccinale alla rosolia o il counseling genetico, e nella fase post-concezionale per la preparazione alla nascita. L'ospedale ha competenze nell'assistenza al parto e nel promuovere una corretta dimissione del neonato e della mamma. Nel breve periodo di ospedalizzazione, vanno effettuati tutti i controlli di salute effettivamente necessari, va promosso l'allattamento al seno, vanno verificate e favorite le competenze genitoriali all'accudimento del neonato e va assicurato che il neonato sia preso in carico dal pediatra immediatamente dopo la dimissione. Nella fase immediatamente post-dimissione i CF possono svolgere un ruolo importante di supporto alle famiglie più vulnerabili, ad esempio attraverso interventi domiciliari.

### *Percorso del bambino con malattia cronica*

Le malattie croniche nell'infanzia sono un ampio gruppo e interessano un numero relativamente ridotto di bambini. Si tratta di condizioni che richiedono controlli e trattamenti medici e/o riabilitativi per un lungo periodo e che molto spesso influiscono significativamente sulla qualità della vita. Un programma/percorso assistenziale individuale deve concretizzarsi in un Piano Assistenziale Individuale modulato in base al grado di complessità assistenziale (bassa, media o alta), definendo condizioni di eleggibilità a specifiche modalità di intervento (ad esempio assistenza domiciliare integrata, programma riabilitativo estensivo o di mantenimento, assistenza in Home in Hospital) e un sistema continuo di verifica dei risultati. La specificità esistente in molte malattie croniche, particolarmente in quelle rare, richiede una forte integrazione fra competenze specialistiche, presenti in centri di riferimento con esperienza consolidata, e i servizi socio-sanitari presenti nel territorio (pediatri di famiglia, centri di riabilitazione, centri di assistenza domiciliare, servizi sociale e strutture scolastiche). Tale integrazione va resa operativa attraverso la comunicazione fra il medico del centro di riferimento e quello delle cure primarie (preferibilmente pediatra di famiglia) che, insieme ad altre figure professionali, garantiscano un corretto percorso diagnostico/assistenziale/ riabilitativo. In questo ambito riveste un'ulteriore specificità la presa in carico del neonato dimesso da un'unità di neonatologia, con condizioni di rischio, ad esempio estremamente pretermine, o con esiti. Questi bambini richiedono controlli periodici da parte del servizio di follow-up dell'unità di neonatologia e della presa in carico immediata da parte del pediatra di famiglia.

Nel caso di bambini ormai clinicamente stabilizzati affetti da gravi patologie e non autonomi che permangono in ospedale per mancanza di risorse di assistenza domiciliare va favorita l'istituzione di "Home in Hospital" dove poterli adeguatamente assistere e supportare la famiglia in un ambiente familiare.

#### *Percorso di urgenza-emergenza*

Il bambino che necessita di un intervento di urgenza-emergenza deve trovare una risposta nella rete di servizi territoriali e ospedalieri. L'accesso al pronto soccorso deve essere appropriato per quei casi con necessità di monitoraggio continuo di alcuni parametri clinici e/o che richiedano interventi medici e/o chirurgici di elevata complessità. La gran parte degli accessi in PS con codice bianco e verde andrebbe invece inserito in un percorso territoriale garantito dal Pediatra di Famiglia e dai medici di continuità assistenziale. Per i casi più complessi (ad esempio con funzioni d'organo a rischio o già compromesse), il sistema regionale dell'emergenza 118, con ambulanze dedicate al trasporto pediatrico, ha il compito di riferire il bambino al Pronto Soccorso/DEA con guardia pediatrica medica e chirurgica H24 dotati di Terapia Intensiva Pediatrica o risorse di Terapia Intensiva post-chirurgica pediatrica.

**Allegato 1. D**  
**RETE PER L'ASSISTENZA ALL'ICTUS CEREBRALE ACUTO**

## **1. Introduzione**

L'assistenza efficace ed efficiente a pazienti con ictus cerebrale acuto è garantita se organizzata in un sistema integrato di strutture dedicate (stroke unit). Studi di letteratura accreditati mostrano, infatti, che i pazienti con ictus traggono beneficio non solo dall'azione di un farmaco, ma anche e soprattutto dalla gestione globale del paziente in "aree/strutture dedicate" da parte di un'équipe multidisciplinare specializzata e formata secondo linee guida standardizzate, sulla stretta monitoraggio clinica e strumentale del paziente (Stroke Unit Trialists' Collaboration, 2004). In Italia, il concetto di "assistenza dedicata" al paziente con ictus presso centri specializzati e organizzati in rete è riportato nel documento della Conferenza Stato-Regioni del 2005 ("Documento di indirizzo per la definizione del percorso assistenziale ai pazienti con ictus cerebrale", prodotto dal gruppo di lavoro nell'ambito dell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano). In questo documento viene descritto il percorso assistenziale dalla fase acuta alla fase post-acuta e vengono indicati i principi organizzativi e funzionali delle strutture dedicate. Nel Lazio, alcuni interventi normativi al riguardo sono rappresentati dal PSR 2002/2004 (D.C.R. n. 144/02), che ha indicato tra gli obiettivi l'istituzione di strutture dedicate alla gestione dei pazienti con ictus acuto, denominate Unità di trattamento neurovascolare (UTN), e la loro organizzazione in rete; dalla Delibera di Giunta Regionale n. 424 del 14 luglio 2006 riguardante i requisiti minimi per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie, che ha riportato i requisiti riguardanti le UTN di II livello; dalla D.G.R. 420/07, che ha definito il modello organizzativo hub e spoke quale riferimento per l'organizzazione in rete, comprendente tre livelli assistenziali (Unità di trattamento neurovascolare di I e II livello – UTN I, UTN II; Team neurovascolare – TNV) e di seguito riportato.

Si fa presente che nella regione Lazio esistono strutture dedicate all'assistenza ai pazienti con ictus cerebrale acuto in quanto in possesso di requisiti che consentono loro di essere riconosciuti come centri autorizzati a eseguire la terapia trombolitica intravenosa nell'ambito dello studio multicentrico internazionale SITS-MOST (Decreto Ministeriale su G.U. n. 190/03). I requisiti, in particolare, riguardano sia la presenza di personale medico adeguatamente formato all'uso della terapia trombolitica e con lunga esperienza nel trattamento di pazienti con patologie cerebrovascolari, sia la presenza nella struttura di reparti e di servizi di diagnostica con disponibilità H24 (radiologia per TC, RMN, UTIC ed emodinamica, diagnostica di laboratorio, neurochirurgia, cardiologia, anestesia e rianimazione, chirurgia vascolare).

## **2. Organizzazione dell'assistenza per l'ictus acuto**

### **2.1 Descrizione del modello assistenziale di rete**

Il modello per l'assistenza all'ictus cerebrale acuto definito dalla D.G.R. 420/07 è quello hub e spoke in cui "centri dedicati" di riferimento (hub) e periferici (spoke) sono organizzati in una rete.

Tali strutture devono integrarsi tra loro nonché con il sistema regionale dell'emergenza e con le strutture per la riabilitazione e la lungodegenza ove necessario. Le connessioni funzionali in questione devono avvalersi delle indicazioni riportate nel documento riguardante il percorso clinico assistenziale per la gestione del paziente con ictus



acuto in emergenza (PCAE ictus), allegato alla D.G.R. 420/07 e successivi aggiornamenti e di quelle riportate nel protocollo organizzativo per il trasferimento del paziente critico nella rete dell'emergenza (D.G.R. n. 1729/02). Il PCAE ictus, peraltro, è già stato applicato nella pratica corrente, per verificarne la reale applicazione, in un'area della regione attraverso un trial clinico randomizzato a cluster (Studio IMPLICA).

Al fine di poter governare le relazioni funzionali tra i nodi della rete, ciascuna area definita come "Area unitaria di Rete" ha concordato procedure/protocolli interaziendali di gestione dell'ictus cerebrale acuto in emergenza mediante la costituzione di un comitato di referenti aziendali; tali protocolli devono essere sottoposti ad aggiornamento e verifica periodica e in particolare, in essi, i centri hub devono definire, in accordo con gli spoke, le modalità di selezione dei pazienti da trattare nel centro di alta specialità per evitare l'inappropriatezza dei trasferimenti dagli spoke.

Di seguito sono riportate le caratteristiche che ciascun centro dedicato (hub e spoke) deve possedere per garantire la corretta funzionalità delle strutture all'interno della rete.

### **Centro HUB – Unità di trattamento neurovascolare di II livello – UTN II**

L'UTN II, in base alla D.G.R. 424/06, è un reparto di terapia semi-intensiva specializzato alla cura di pazienti con deficit cerebrale focale iper-acuto (entro 6 ore) e di pazienti con ictus in condizioni di criticità (ma senza controindicazioni al trattamento medico o chirurgico d'emergenza). I pazienti con tale patologia provengono dal bacino naturale di afferenza, con modalità autonoma o con trasporto urgente mediante mezzi del 118, e dagli altri ospedali sede di spoke del territorio di competenza.

#### L'UTN II deve garantire:

- diagnosi tempestiva clinico-strumentale del tipo di ictus, della causa che lo ha determinato e della gravità della malattia;
- pronta attuazione dei provvedimenti terapeutici più adeguati nella fase acuta (farmacologici, quali la terapia trombolitica intravenosa e intrarteriosa, neurochirurgici, chirurgici vascolari o di neuro-radiologia interventistica);
- adozione di un protocollo medico-infermieristico per la trombolisi in sintonia con l'organizzazione territoriale in rete, condiviso con il 118, il PS, la radiologia, gli ospedali sede di spoke;
- inizio del trattamento riabilitativo intensivo, ove necessario, entro 48 ore dal ricovero;
- trasferimento entro e non oltre le 96 ore dall'accettazione dei pazienti, in ambiente appropriato alla cura della condizione clinica e/o della patologia emergente (Neurochirurgia, Neurologia, Medicina, altro reparto o centro spoke).

#### I requisiti necessari per ottemperare a tali funzioni sono:

- collocazione in una struttura sede di DEA II livello;
- collocazione dell'UTN II nell'area di accoglienza del paziente in emergenza (area del paziente critico) o comunque nelle sue immediate vicinanze, ed essere dotata di posti letto con monitor per il controllo dei parametri vitali e della funzionalità cardiaca;

- presenza di team multidisciplinare per la gestione del paziente acuto composto da medici e infermieri esperti in patologie cerebrovascolari compresi fisioterapisti e logopedisti indispensabili a completare le attività di prevenzione e cura delle complicanze potenzialmente letali per i pazienti con ictus cerebrale (trombosi venosa profonda, embolia polmonare, piaga da decubito, disfagia, infezione broncopolmonare e delle vie urinarie);
- attivazione di rapporti stretti di collaborazione e di pronta reperibilità con: neurochirurghi, chirurghi vascolari, radiologi, neuroradiologi, ultrasonografisti, cardiologi e rianimatori;
- via di accesso rapida e preferenziale, durante l'intero arco delle 24 ore, usando protocolli definiti, alle seguenti strumentazioni di supporto diagnostico e terapeutico esterno:
  - neuroradiologiche (TC, RM, angio-RM, angiografia digitale);
  - radiologiche generali (Roentgen diagnostica e medicina nucleare, quest'ultima indispensabile per la diagnosi tempestiva di embolie polmonari);
  - cardiologiche (UTIC, Centro di elettrostimolazione cardiaca – CESC per l'impianto di pace-maker provvisori o definitivi);
  - servizio di dialisi;
  - servizi di diagnostica per ultrasuoni per Ecocardiografia trans-toracica (TT);
- presenza di una guardia esperta H24 in grado di gestire i pazienti ricoverati in UTN e ovunque, entro l'area dell'emergenza;
- utilizzo di procedure e protocolli diagnostico-terapeutici, condivisi e concordati con l'ARES 118 e gli altri centri della rete per la gestione del paziente, basati sulle raccomandazioni indicate nel PCAE per l'ictus cerebrale acuto della regione Lazio. Difatti, è compito dell'équipe dell'UTN II indirizzare i pazienti verso l'ambito ospedaliero a questi più idoneo, seguendo i criteri adottati dalla Regione per il trasferimento del paziente con infarto/ischemia cerebrale (PCAE e protocollo trasferimenti).

L'UTN II deve, inoltre, offrire consulenza sulla gestione dei pazienti e opportunità di aggiornamento professionale e formazione specifica agli operatori sanitari delle strutture ospedaliere della rete sede di spoke.

L'UTN II per garantire un adeguato livello di assistenza e giustificare l'uso H24 delle risorse deve trattare almeno 500 casi/anno di ictus.

## **Unità di trattamento neurovascolare di I livello – UTN I**

L'UTN I è un reparto deputato alla gestione di:

- pazienti con deficit cerebrale focale acuto (da più di 6 ore a meno di 96 ore dall'esordio dei sintomi) di natura ischemica o emorragica non di pertinenza neurochirurgia e che non presentino condizioni di criticità. I pazienti con tale patologia provengono dal bacino naturale di afferenza, con modalità autonoma o con trasporto urgente mediante mezzi del 118;
- pazienti con ictus che necessitano di cure provenienti dall'UTN II di riferimento dopo le prime 48 ore di ricovero;
- pazienti con attacco ischemico transitorio (TIA) recente (entro una settimana dall'evento).

### L'UTN I deve garantire:

- diagnosi, in regime di urgenza, clinico-strumentale del tipo di ictus, della causa che lo ha determinato e della gravità della malattia;
- attuazione dei provvedimenti terapeutici (farmacologici, riabilitativi) più adeguati per la gestione di questa fase;
- trasferimento al livello superiore di cure (UTN II) dei pazienti che dovessero presentare condizioni cliniche di criticità mediante accordi condivisi con l'UTN II livello di riferimento.

I requisiti necessari per ottemperare a tali funzioni sono:

- collocazione in una struttura con servizio di emergenza (PS/DEAI/DEAII livello);
- presenza di team multidisciplinare per la gestione del paziente composto da medici e infermieri esperti nelle patologie cerebrovascolari compresi fisioterapisti e logopedisti indispensabili a completare le attività di prevenzione e cura delle complicanze potenzialmente letali per i pazienti con ictus cerebrale (trombosi venosa profonda, embolia polmonare, piaga da decubito, disfagia, infezione broncopolmonare e delle vie urinarie);
- via di accesso preferenziale H24 alla TC;
- via di accesso preferenziale H12 alle seguenti strumentazioni di supporto diagnostico e terapeutico esterno:
  - neuroradiologiche (Angiografia e/o RM e/o Angio-RM ove disponibili);
  - radiologiche generali (Roentgen diagnostica);
- utilizzo di procedure e protocolli diagnostico-terapeutici condivisi e concordate con l'ARES 118 e gli altri centri della rete per la gestione del paziente basate sulle raccomandazioni indicate nel PCAE per l'ictus cerebrale acuto della regione Lazio.

### **Team neurovascolare – TNV**

Il TNV è composto da medici, fisioterapisti e infermieri esperti nella valutazione e nella cura delle vasculopatie cerebrali acute, che coordinano e supervisionano gli interventi sui pazienti con ictus cerebrale, di concerto con i medici del reparto in cui questi sono ricoverati.

#### Il TNV deve garantire:

- la corretta gestione dei pazienti ricoverati in strutture in cui non sono presenti le UTN;
- la collaborazione con il medico di PS per la selezione dei casi che necessitano di trasferimento ai livelli superiori (UTN II, UTN I).

Per ogni necessità diagnostica che non possa essere soddisfatta nel proprio ambito o in caso di indicazione al ricovero ai livelli superiori, fa riferimento all'UTN I o II di pertinenza territoriale.

Al fine di garantire una gestione omogenea e qualificata della patologia su tutto il territorio, le attività del TNV devono integrarsi con quella dei reparti di degenza dell'ospedale ospitante, secondo protocolli interni di gestione clinica omogenei con quelli adottati dagli altri team operanti sul territorio regionale (linee guida regionali – PCAE).

Il TNV è un servizio particolarmente utile negli ospedali sede di PS/DEA I laddove non sia possibile attivare una UTN di I livello. È necessaria, comunque, la presenza di almeno un TNV per ASL.

#### Requisiti comuni a tutti e tre i livelli di assistenza (UTN II, UTN I, TNV) sono:

1. Raccolta sistematica delle informazioni cliniche mediante cartella clinica informatizzata al fine di condividere il processo assistenziale del paziente e per la valutazione di qualità delle cure erogate.
2. Attivazione di collegamenti telematici per consentire attività di teleconsulto a distanza tra i reparti interessati (UTN I, UTN II, neurochirurgie, neuroradiologie).
3. Attivazione del processo riabilitativo in team:
  - attivazione della Riabilitazione precoce (entro 48 ore);
  - incontri multidisciplinari formali settimanali (oltre a incontri informali);
  - coinvolgimento dei familiari;
  - stretta collaborazione tra assistenza infermieristica e altre forme di assistenza multidisciplinare;
  - accessibilità a informazioni sull'ictus, sulle possibilità di recupero e sulla disponibilità di servizi da parte del paziente e dei suoi familiari e care giver;
4. Pianificazione della dimissione con informazioni complete sullo stato di salute del paziente, il piano terapeutico farmacologico, riabilitativo e con riferimenti dei servizi che si prenderanno cura sul territorio.

In conclusione, nell'ambito della rete, il paziente con ictus iperacuto (esordio sintomi entro 6 ore) che sia soccorso dai mezzi del 118 o che arrivi autonomamente in un pronto soccorso, deve essere trattato immediatamente presso l'UTN II livello. Pertanto i mezzi di soccorso 118 e le strutture ospedaliere non sede di UTN II livello devono provvedere al trasporto presso tali centri. Mentre i pazienti con ictus acuto (da più di 6 ore a meno di 96 ore dall'esordio dei sintomi) possono invece essere trasportati nelle strutture sede di UTN I livello.

## **2.2. Nodi della rete e aree di afferenza per i centri di riferimento**

Nella D.G.R. 420/07, per identificare le UTN II livello, sono stati utilizzati i seguenti requisiti:

- presenza nella struttura di DEA II livello;
- autorizzazione regionale per essere un centro deputato a trattare i pazienti con ictus ischemico con terapia trombolitica i.v. nello studio SITS MOST;
- volumi di attività definiti come numero di casi di ictus cerebrale dimessi in un anno (almeno 500 casi/anno).

Le UTN II individuate in base alla D.G.R. 420/07 verranno ridefinite con successivi atti regionali, alla luce della riorganizzazione della rete ospedaliera derivante dall'attuazione dei Decreti 25 e 43 del 2008 del Commissario ad Acta.

I criteri per la definizione delle aree di afferenza sono: volumi di attività delle strutture ospedaliere relativamente alla patologia in oggetto; numerosità della popolazione residente, della localizzazione geografica; viabilità e vicinanza a strade ad alta percorrenza; dislocazione di elisuperfici H24.

In deroga alle aree di afferenza così definite, saranno tenuti salvi specifici accordi consolidati tra Aziende del Lazio che vengano formalizzati dalla Regione e risultino compatibili con la programmazione complessiva della rete.

Si prevede una rivalutazione annuale da parte della Regione con il supporto tecnico-scientifico di Laziosanità del livello di complessità delle singole strutture e delle relative aree di afferenza.

## **2.3 Trasporto con elisoccorso**

Per quanto riguarda le emergenze che necessitano del trasporto con eliambulanza risulta ad oggi che solo alcuni centri hub ex D.G.R. 420/07 dispongono di un'elisuperficie H24.

La normativa vigente (D.G.R. 1729/02) specifica che il trasporto in elicottero con adeguato personale ed equipaggiamento per trasferire un paziente critico tra ospedali possa essere preferibile a trasferimenti via terra per distanze superiori a 40 km. Peraltro, nell'ambito della rete dell'emergenza, la D.G.R. 4238/97 specifica che l'ARES 118 può, in casi eccezionali, in coincidenza di calamità o di altri eventi straordinari, disporre il trasferimento del paziente in DEA II livello diversi da quello competente per area territoriale, e tale concetto è estensibile anche alle reti di alta specialità.

Pertanto per l'elisoccorso gli atti di ridefinizione della rete dovranno prevedere, per le aree afferenti a centri hub non dotati di elisuperficie, l'identificazione di centri alternativi allorquando la conformazione geografica del territorio, la presenza o meno di mezzi di soccorso su gomma medicalizzati dell'ARES 118 e il livello di complessità delle strutture afferenti la rendessero preferibile al fine di minimizzare i tempi di accesso ai centri di specialità.

**Allegato 1. E**

**RETE INTEGRATA PER L'ASSISTENZA AL TRAUMA GRAVE E NEUROTRAUMA**

## 1. Introduzione

In Italia, il trauma è la principale causa di morte negli adulti con meno di 35 anni e la quarta causa di morte in tutte le età: nella regione Lazio gli accessi registrati nei PS, relativi all'anno 2006, con almeno una diagnosi di trauma (ICD-9-CM 800-959) sono stati in totale 701.158 (31% del totale degli accessi). Le esperienze condotte negli Stati Uniti, in Canada e negli altri Paesi europei hanno dimostrato che l'istituzione di sistemi integrati di assistenza ai soggetti colpiti da trauma denominati "Trauma System" o Sistema integrato per l'assistenza al trauma – SIAT consentono una riduzione dei decessi evitabili per trauma.

Tale sistema è costituito da una rete di strutture ospedaliere tra loro funzionalmente connesse e classificate sulla base delle risorse e delle competenze disponibili in: Centri traumi di alta specializzazione (CTS), Centri traumi di zona (CTZ), Presidi di pronto soccorso per traumi (PST).

Tale classificazione si basa sul modello di rete integrata "hub e spoke", modello che prevede la concentrazione della casistica più complessa o che richiede sistemi organizzativi più complessi, in un numero limitato di centri (hub) che sono fortemente integrati, attraverso connessioni funzionali, con i centri periferici (spoke) i quali assicurano l'assistenza per i restanti casi.

La modulazione dell'assistenza secondo livelli di complessità, con concentrazione dei casi più complessi in poche sedi, favorisce l'efficienza del sistema e presuppone l'esistenza di un percorso clinico assistenziale nell'emergenza (PCAE) per il paziente con trauma grave che consenta un riconoscimento tempestivo a partire dal momento stesso dalla causa che lo ha provocato.

È necessario inoltre ricordare che il modello così configurato deve assicurare anche l'integrazione con le Strutture di riabilitazione in modo da garantire con tempestività sia la riabilitazione del soggetto gravemente traumatizzato nella fase del ricovero in acuzie che la successiva presa in carico, in rapporto alla situazione clinica del paziente, da parte delle strutture che operano nella fase post-acuta (Unità spinali, U.O. Medicina riabilitativa).

## 2. Modello organizzativo e relazioni funzionali del Sistema integrato di assistenza al trauma (SIAT)

Il modello organizzativo SIAT, definito nella sua organizzazione e funzionalità nel documento emanato dal Consiglio superiore di sanità nel 2004 e recepito nel PSN del 2003-3005, già utilizzato in alcune regioni italiane quali l'Emilia Romagna, la Lombardia e il Lazio (D.G.R. 420/07), è costituito da tre categorie di centri che si occupano della gestione delle emergenze: Centro traumi di alta specializzazione (CTS), Centro traumi di zona (CTZ), Presidio di pronto soccorso per traumi (PST).

Il SIAT è un'area territoriale geograficamente definita, auspicabilmente coincidente con l'area di competenza della Centrale operativa 118 e con i suoi DEA di riferimento, entro cui viene realizzato un sistema integrato di gestione dei pazienti traumatizzati gravi, costituito da una *Rete di ospedali* tra di loro funzionalmente connessi, definiti *Centri trauma* (CTS, CTZ, PST). Questi centri, insieme, costituiscono i nodi della rete. Le loro attività sono basate su sistemi strutturati di comunicazione ed integrazione che rappresentano i nodi della rete.

La finalità di un SIAT è quella di assicurare la cura definitiva del paziente con *trauma maggiore* nel minor tempo possibile e nel luogo più adatto.

Si definisce *trauma maggiore* un evento in grado di determinare lesioni mono o poli distrettuali tali da causare almeno in un settore un rischio immediato o potenziale per la sopravvivenza del paziente. Tali condizioni vengono definite sulla base di un valore superiore a 15 del punteggio anatomico Injury Severity Score (ISS).

I traumi cosiddetti minori, che cioè non soddisfano i criteri pre-ospedalieri di severità, possono afferire all'Ospedale più vicino dotato di un Pronto soccorso, indipendentemente dalla sua appartenenza e dal suo livello nell'ambito del SIAT. Se a seguito della valutazione medica tali pazienti vengono considerati affetti da lesioni potenzialmente a rischio per la sopravvivenza, è possibile attivare un trasferimento presso i centri trauma del SIAT.

Si identifica quindi un modello di rete ospedaliera che si dota, tra le altre funzioni, di un'organizzazione specifica per la cura del trauma maggiore con la partecipazione degli altri Ospedali non compresi nella rete ma deputati alla cura dei traumi minori. Questo **modello**, detto **inclusivo**, appare economicamente più vantaggioso rispetto a modelli di tipo *esclusivo* ove tutti i traumi vengono avviati in strutture esclusivamente dedicate a questa funzione.

Secondo il modello SIAT tutti i traumi con criteri di triage indicativi di trauma maggiore devono essere trasportati al centro trauma in relazione alla tipologia delle lesioni e alla necessità di eventuali alte specialità al fine di rispettare il più possibile il principio di **Centralizzazione primaria**, cioè del trasporto immediato al luogo di cura definitiva. In caso di impossibilità al controllo e al trattamento in sede extraospedaliera dell'instabilità respiratoria o circolatoria da parte del personale sanitario, il paziente deve essere trasportato, indipendentemente dal tipo di lesioni, al più vicino centro trauma per poi essere trasferito, se necessario, alla struttura di livello superiore, una volta ottenuto il controllo della funzione cardio-respiratoria (**Centralizzazione secondaria**).

I concetti di centralizzazione e di inclusività sono strettamente correlati alla possibilità di:

- attivare un rapporto di collaborazione, tra le strutture, per l'assistenza al paziente critico al fine di intervenire tempestivamente ed efficacemente evitando la congestione solo dei centri a elevata intensità di cure;
- uso della telemedicina che consente la rapidità di trasferimento delle immagini tra strutture per formulare la diagnosi precisa e decidere il percorso assistenziale migliore;
- introduzione sistematica dell'Audit clinico quale mezzo per implementare le linee guida e per verificare l'attività svolta tra i professionisti dei diversi centri.

Il principio operativo di centralizzazione permette non solo di ottenere la concentrazione della patologia maggiore in poche sedi ove vengono predisposte le risorse specifiche (con quindi evidente contenimento dei costi del sistema), ma anche di consentire un addestramento adeguato e continuativo delle équipes di sanitari.

Il CTS funge da ospedale di riferimento per i traumi della sua area di competenza e deve essere in grado di accogliere pazienti provenienti dal resto del SIAT con problematiche polidistrettuali o che necessitino di alte specialità, qualora non presenti presso gli altri Ospedali della rete (CTZ, PST).

Il CTS, per il suo ruolo specialistico, deve sempre avere a disposizione letti in area critica per accettare i pazienti provenienti da tutto il SIAT, che richiedano le sue attrezzature e competenze. È quindi indispensabile che vengano



predisposti protocolli concordati di trasferimento in uscita dalle terapie intensive del CTS verso terapie intensive-subintensive di altri CTZ della rete, proponibili per pazienti che hanno superato la fase acuta e che necessitano di trattamenti erogabili anche in sedi diverse dal CTS.

Bisogna tener presente che la gestione efficace del trauma maggiore prevede un riconoscimento rapido e tempestivo a partire dal momento stesso dell'evento della causa che lo ha provocato. Pertanto è necessario che gli operatori sanitari che operano in emergenza sul territorio utilizzino la definizione di trauma maggiore su indicata. Poiché l'ISS non può essere calcolato in sede preospedaliera, vengono convenzionalmente considerati colpiti da evento traumatico maggiore i pazienti che presentano, sul campo, almeno uno dei seguenti criteri di selezione (triage):

- a) alterazione delle funzioni vitali: pressione sistolica < 90 mmHg, alterazione della coscienza (Glasgow Coma Scale < 14), frequenza respiratoria > 29 o < 10 (Revised Trauma Score < 11);
- b) anatomia della lesione: ferite penetranti di testa, collo, torace, addome, arti prossimali a livello del gomito o ginocchio; lembo toracico mobile; sospetto clinico di frattura di bacino o di due o più ossa lunghe prossimali; paralisi di un arto; amputazione prossimale a polso o caviglia; associazione lesione traumatica con ustione di 2° o 3°;
- c) indicatore di alta energia: eiezione da veicolo, morte di un occupante del veicolo, caduta oltre cinque metri, investimento auto-pedone o auto-ciclista, rotolamento del veicolo, estricazione > 20 minuti, caduta di motociclista con separazione dal mezzo, alta velocità (deformazione esterna > 60 cm, intrusione > 40 cm, strada extraurbana o velocità > 40 km/h, abbattimento di ostacolo fisso);
- d) traumi avvenuti in soggetti a rischio per età (età < 5 > 55 anni), patologia cronica pre-esistente nota o evidente, gravidanza nota o evidente.

Nella maggior parte dei casi i pazienti traumatizzati hanno un trauma cerebrale e/o midollare (Pagliacci, 2003), in questi casi i pazienti devono essere trasferiti in neurochirurgia e curati prima che vadano in coma.

Questo spiega il ruolo principale della neurochirurgia all'interno di sistema integrato di gestione dei pazienti traumatizzati gravi (Sistema integrato per l'assistenza al trauma – SIAT).

Secondo la D.G.R. 420/07 le strutture assistenziali dedicate della rete sono dislocate sul territorio in modo da ottimizzare le connessioni funzionali tra ospedali periferici e centri di riferimento e condividono protocolli di trasferimento e percorsi clinico-assistenziali (D.G.R. 1729/02 che disciplina i trasferimenti interospedalieri, PCAE allegato alla D.G.R. 420/07 e successivi aggiornamenti per quanto riguarda i percorsi clinico-assistenziali in emergenza).

Al fine di poter governare le relazioni funzionali tra i nodi della rete, ciascuna area definita come "Area unitaria di rete" ha concordato procedure/protocolli interaziendali di gestione del trauma grave e neurotrauma in emergenza mediante la costituzione di un comitato di referenti aziendali; tali protocolli devono essere sottoposti ad aggiornamento e verifica periodica e in particolare, in essi, i centri hub devono definire, in accordo con gli spoke, le modalità di selezione dei pazienti da trattare nel centro di alta specialità per evitare l'inappropriatezza dei trasferimenti dagli spoke.

### 3. Requisiti dei nodi della rete

I requisiti per ciascun centro sono riportati di seguito.

**Presidio di Pronto soccorso per traumi (PST):** devono essere disponibili le risorse sufficienti a garantire il trattamento immediato anche chirurgico delle lesioni determinanti instabilità cardio-respiratoria prima di un eventuale trasferimento ad una struttura di livello superiore. Tale struttura si identifica con un Pronto soccorso generale.

**Centro traumi di zona (CTZ),** deve essere collocato in una struttura sede di DEA (I o II livello) e avere:

- a) disponibilità 24 ore su 24 delle specialità di Chirurgia generale, Anestesia e Rianimazione, Medicina d'urgenza, Ortopedia, di infermieri addestrati alla gestione del trauma, del tecnico di radiologia, reperibilità del radiologo;
- b) un settore per l'arrivo delle ambulanze direttamente collegato all'area di accettazione;
- c) un'area attrezzata di accettazione comprendente un numero minimo di due postazioni per la stabilizzazione respiratoria e circolatoria (dotate quindi di tutte le attrezzature per il supporto vitale intensivo) e per le procedure chirurgiche di emergenza di controllo della via aerea, dello pneumotorace e delle emorragie (shock room);
- d) una radiologia deve essere disponibile nelle adiacenze dell'area di accettazione per garantire radiografie standard, ecografie e TAC. La radiologia deve essere dotata di sistemi di trasmissione a distanza delle immagini per consentire le attività di teleconsulenza previste nell'ambito del SIAT;
- e) una risonanza magnetica deve essere facilmente accessibile dai locali di emergenza;
- f) un laboratorio d'urgenza e un Centro trasfusionale attivi 24 ore su 24;
- g) due sale operatorie contigue multifunzionali, dove poter svolgere interventi di Chirurgia generale d'urgenza e Chirurgia ortopedica più eventuali specialità connesse con il trattamento del traumatizzato, già storicamente presenti presso l'Ospedale.

**Centro traumi di alta specializzazione (CTS):** oltre alle caratteristiche di minima definite per i CTZ devono essere disponibili tutte le risorse necessarie ad identificare e trattare 24 ore su 24 in modo definitivo qualsiasi tipo di lesione, e a garantire le cure intensive ai pazienti con problematiche polidistrettuali. Tali centri devono registrare un volume di attività per trauma non inferiore ai 400-500 casi/anno (lo standard di riferimento utilizzato è quello indicato nel PSR dell'Emilia Romagna che utilizza un valore calcolato sui volumi esistenti nella regione, tale indice è l'unico riferimento italiano) e con una quota di traumi gravi superiore al 60% dell'intera casistica trattata. Nell'attuale ordinamento il CTS è collocabile presso un DEA di II livello in cui siano presenti le specialità quali neurochirurgia, cardiocirurgia, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia plastica.

Inoltre, gli standard di riferimento del Committee of Trauma dell'American College of Surgeons, ripresi dal Consiglio Superiore di Sanità indicano un CTS e due CTZ ogni due milioni di abitanti e 1 CTS ogni 4 milioni di abitanti con "Pediatric Commitment".

#### **4. Centri traumi di alta specializzazione (CTS)**

I centri hub (CTS) e i CTS con pediatric commitment, identificati in base alla D.G.R. 420/07, verranno ridefiniti con successivi atti regionali, alla luce della riorganizzazione della rete ospedaliera derivante dall'attuazione dei Decreti 25 e 43 del 2008 del Commissario ad Acta.

#### **5. Aree di afferenza per i Centri traumi di alta specializzazione (CTS)**

I criteri per la definizione delle aree di afferenza sono: volumi di attività delle strutture ospedaliere per la patologia in oggetto; numerosità della popolazione residente; localizzazione geografica; viabilità e vicinanza a strade ad alta percorrenza; dislocazione delle elisuperfici H24.

In deroga alle aree di afferenza così definite, saranno tenuti salvi specifici accordi consolidati tra Aziende del Lazio che vengano formalizzati dalla Regione e risultino compatibili con la programmazione complessiva della rete.

Si prevede una rivalutazione annuale da parte della Regione con il supporto tecnico-scientifico di Laziosanità del livello di complessità delle singole strutture e delle relative aree di afferenza.

##### **5.1 Aree di afferenza per i Centri traumi di alta specializzazione (CTS) con pediatric commitment**

Le aree di afferenza per i Centri traumi di alta specializzazione (CTS) con pediatric commitment saranno ridefinite con successivi atti sulla base dell'aggregazione di aree identificate per la rete del trauma grave dell'adulto.

##### **5.2 Trasporto con elisoccorso**

Per quanto riguarda le emergenze che necessitano del trasporto con eliambulanza risulta ad oggi che solo alcuni centri hub ex D.G.R. 420/07 dispongano di un'elisuperficie H24.

La normativa vigente (D.G.R. 1729/02) specifica che il trasporto in elicottero con adeguato personale ed equipaggiamento per trasferire un paziente critico tra ospedali possa essere preferibile a trasferimenti via terra per distanze superiori a 40 km. Peraltro, nell'ambito della rete dell'emergenza, la D.G.R. 4238/97 specifica che l'ARES 118 può, in casi eccezionali, in coincidenza di calamità o di altri eventi straordinari, disporre il trasferimento del paziente in DEA Il livello diversi da quello competente per area territoriale, e tale concetto è estensibile anche alle reti di alta specialità.

Pertanto per l'elisoccorso gli atti di ridefinizione della rete dovranno prevedere, per le aree afferenti a centri hub non dotati di elisuperficie, l'identificazione di centri alternativi allorquando la conformazione geografica del territorio, la presenza o meno di mezzi di soccorso su gomma medicalizzati dell'ARES 118 e il livello di complessità delle strutture afferenti la rendessero preferibile al fine di minimizzare i tempi di accesso ai centri di specialità.

**Allegato 1. F**  
**RETE ASSISTENZIALE PER L'EMERGENZA CARDIOLOGICA**

## 1. Introduzione

La gestione ottimale delle emergenze cardiologiche come lo scompenso cardiaco, l'ischemia miocardica acuta e le anomalie del ritmo è garantita dall'intervento terapeutico tempestivo presso la struttura ospedaliera più adeguata.

I dati epidemiologici attualmente disponibili confermano che le malattie cardiovascolari sono responsabili del 44% dei decessi registrati a livello nazionale e, di questi, oltre la metà è da ricondurre a forme di ischemia acuta del miocardio. È peraltro ampiamente documentato in letteratura che la trombolisi precoce e l'angioplastica coronarica primaria sono in grado di ridurre significativamente la mortalità per infarto miocardico acuto (IMA) e che tali tecniche interventistiche sono oramai eseguibili presso servizi di emodinamica collocati all'interno di strutture non necessariamente dotate di cardiocirurgia.

In proposito è stato anche osservato come, a seguito dei significativi cambiamenti nel trattamento dell'IMA, la pratica cardiocirurgica in emergenza abbia subito importanti evoluzioni, trovandosi a trattare pazienti divenuti nel tempo meno numerosi, ma anche più complessi. In particolare, nel Lazio si è registrata una consistente riduzione degli interventi cardiocirurgici in emergenza, passati dalla metà circa dell'attività cardiocirurgica complessiva nel 2002 a poco meno di 1/3 nel 2006; tale riduzione viene messa in relazione proprio con il diverso trattamento dei casi di infarto, progressivamente indirizzati alla cardiologia interventistica.

Per la gestione multidisciplinare dei pazienti cardiopatici in condizioni di emergenza-urgenza, si richiede un'organizzazione integrata dell'assistenza, da realizzarsi attraverso lo sviluppo di una rete di servizi in cui siano previste l'interazione e la complementarietà funzionale delle singole strutture, indipendentemente dalla loro collocazione fisica e amministrativa. In questo modello, l'attenzione è spostata dalla singola prestazione all'intero percorso assistenziale, con l'obiettivo che questo possa svolgersi in modo unitario, anche se le singole prestazioni sono assicurate da strutture diverse.

Sulla base di tali premesse, il presente documento riporta l'organizzazione dell'assistenza cardiologica in emergenza, basata sull'integrazione in un'unica rete delle strutture cardiologiche (UTIC e servizi di emodinamica) e cardiocirurgiche, in conformità con le indicazioni contenute nella D.G.R. 420/07.

## 2. L'attività cardiologica e cardiocirurgica nel Lazio

Nel corso del 2006, i ricoveri in emergenza per patologie cardiovascolari effettuati nel Lazio, a carico di pazienti di età superiore a 18 anni, sono stati 55.585. La Tabella 1 riporta la distribuzione di tali ricoveri per raggruppamenti di condizioni cliniche e procedure chirurgiche.

L'attività cardiologica in emergenza ha rappresentato il 69% dell'intera casistica cardiologica trattata presso strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate<sup>4</sup>, mentre le urgenze cardiocirurgiche costituiscono circa un terzo dell'attività regionale.

In particolare, per quanto riguarda l'emergenza cardiologica, lo scompenso cardiaco e le malattie ischemiche del cuore (escluso l'infarto) sono risultati al primo posto (entrambi al 27%), seguiti dai disturbi del ritmo e della conduzione (23%) e dall'infarto (16%). Gli interventi di angioplastica (PCI) eseguiti in pazienti con IMA sono stati 3.107, pari al 35% del totale degli infarti: percentuali di intervento al di sotto del valore medio si riscontrano nelle ASL di Latina (11%), Frosinone (17%), RMH (22%), Viterbo (25%), RMG (28%) e Rieti (32%).

**Tabella 1 – Ricoveri in emergenza relative a patologie del sistema cardiovascolare e interventi cardiocirurgici. Età 18+ anni. Onere SSN. Lazio, 2006.**

<i>Emergenza cardiologica</i>	<b>N</b>	<b>%</b>
scompenso cardiaco	14.284	26,5
infarto	8.877	16,4
<i>eseguita PCI</i>	3.107	5,8
altre forme di cardiopatia ischemica (escl. infarto)	14.530	26,9
<i>eseguita PCI</i>	2.580	4,8
alterazioni del ritmo e della conduzione	12.535	23,2
arresto cardiaco	277	0,5
altre condizioni relative all'apparato cardiocircolatorio	3.468	6,4
<i>totale</i>	53.971	100,0 (97,1)
<hr/>		
<i>Emergenza cardiocirurgica</i>		
interventi di bypass aorto-coronarico (CABG)	936	58,0
procedure sulle valvole cardiache	517	32,0
chirurgia dell'aorta toracica	17	1,1
altre procedure sul cuore	144	8,9
<i>totale</i>	1.614	100,0 (2,9)
<b>totale</b>	<b>55.585</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SIO Lazio, 2006.

Per quanto riguarda l'attività cardiocirurgica, nel 2006 sono stati effettuati 1.614 ricoveri ordinari per interventi cardiocirurgici con onere a carico del Sistema sanitario nazionale, relativi a pazienti di età 18+ anni. In particolare, sono stati eseguiti 936 CABG, 517 interventi sulle valvole cardiache, 17 interventi sull'aorta toracica e 144 altre procedure di sala operatoria sul cuore.

<sup>4</sup> Nella regione Lazio sono presenti 37 strutture con UTIC (due delle quali in ospedali sprovvisti di servizi di emergenza), 8 strutture dotate di UTIC ed emodinamica interventistica con attività inferiore alle 24 ore e 13 strutture dotate di UTIC ed emodinamica H24. Il 95% delle UTIC ed emodinamiche sono concentrate nella città di Roma. Dati 2006.

### **3. L'organizzazione della rete dell'emergenza cardiologica nel Lazio**

La rete integrata dei servizi per la gestione delle patologie cardiologiche in condizioni di emergenza prevede una classificazione delle strutture assistenziali secondo un livello crescente di complessità, in accordo con il modello organizzativo tipo "Hub-Spoke". Tale modello è caratterizzato dalla concentrazione dell'assistenza di elevata complessità in centri di eccellenza (hub) supportati da una rete di servizi (spoke) cui compete la selezione dei pazienti e il loro invio ai centri di riferimento.

#### **3.1 Requisiti dei nodi della rete**

Centro HUB – struttura sede di DEA di II livello e dotata di cardiologia, UTIC ed emodinamica interventistica con le seguenti caratteristiche:

- reperibilità H24 e 7 giorni su 7;
- alto volume di attività per centro e operatori (almeno 200 procedure per struttura/anno; 36 angioplastiche primarie per centro);
- uso del contropulsatore aortico;
- supporto di anestesista-rianimatore in caso di necessità;
- possibile funzione di teleconsulto per i centri spoke afferenti ed eventualmente per la centrale operativa del 118.

Spoke con emodinamica H24 (Spoke III livello ex D.G.R. 420/07) – struttura sede di PS/DEA, dotata di cardiologia, UTIC ed emodinamica interventistica H24 e 7 giorni su 7.

Spoke con UTIC (Spoke II livello ex D.G.R. 420/07) – struttura sede di PS con cardiologia, UTIC anche senza emodinamica interventistica.

Poiché l'accesso tempestivo alle prestazioni di angioplastica primaria e cardiocirurgia costituisce uno dei determinanti più importanti dell'esito del trattamento in termini di salute, per rispondere a specifiche esigenze la Regione Lazio potrà con successivi provvedimenti includere nella rete, come ausilio alla rete cardiologica, ulteriori strutture o complessi ospedalieri del SSR non rientranti nei parametri sopra indicati ma di comprovata performance clinica e organizzativa, la cui attività nell'ambito della rete sarà coordinata dal centro hub competente per il territorio in cui insistono territorialmente.

#### **3.2 Relazioni funzionali tra i nodi Hub e Spoke**

L'organizzazione funzionale della rete dell'emergenza cardiologica mira a garantire un elevato livello di qualità assistenziale, in termini di tempestività delle cure, appropriatezza delle prestazioni e integrazione operativa dei servizi e dei processi diagnostico-terapeutici.

Un adeguato supporto all'organizzazione delle attività per un armonioso funzionamento della rete è garantito dalla diffusione e implementazione nelle diverse strutture cardiologiche del percorso clinico-assistenziale per la gestione del paziente con IMA<sup>5</sup> elaborato nel Lazio da un gruppo multidisciplinare di esperti nel 2005 (D.G.R. n. 420/2007) e

---

<sup>5</sup> Cardo S et al. Esperienze di reti regionali. Percorso clinico assistenziale in emergenza - sindromi coronariche acute. Ital Heart J, vol. 6 (suppl. 6) 2005.

successivi aggiornamenti; dall'utilizzo del protocollo operativo per il trasporto del paziente critico con IMA (D.G.R. 1729/2); dall'uso della telemedicina che, anche attraverso il teleconsulto tra spoke, hub e centrale operativa del 118, consente di attivare protocolli di gestione pre-ospedaliera dell'IMA finalizzati a garantire l'appropriatezza e la tempestività del trattamento; dalla registrazione delle informazioni cliniche su una cartella condivisa allo scopo di monitorare la gestione clinica del paziente e costruire indicatori di qualità delle cure erogate.

I centri cardiologici individuati nella delibera 420/07 verranno ridefiniti con successivi atti regionali di programmazione basati sulla riorganizzazione della rete ospedaliera, definita dal piano di rientro e dai documenti del Commissario ad Acta n. 25 e 43 del 2008.

Il modello adottato si basa sulla suddivisione del territorio in aree, ognuna delle quali ha come proprio riferimento un centro hub. In ciascuna area vengono identificati e classificati i centri ospedalieri di cardiologia come spoke di diverso livello, sulla base della propria complessità organizzativa e assistenziale.

Le strutture hub e spoke e tutti i PS/DEA che insistono in ciascuna area di rete sono in relazione funzionale tra di loro e con le postazioni e la centrale operativa dell'ARES 118.

Una particolare attenzione viene rivolta alla gestione dell'infarto miocardico acuto, patologia in cui la riduzione del ritardo evitabile nella somministrazione dei trattamenti (trombolisi, angioplastica) può avere effetti positivi sulla diminuzione della mortalità il cui PCAE è stato pubblicato nella 420/07.

In tutte le altre emergenze cardiologiche per cui non è formalizzato uno specifico Percorso clinico assistenziale del paziente critico in Emergenza, il paziente che sia stato soccorso da un'ambulanza 118 deve essere condotto al più vicino PS della rete dell'emergenza generale che ai sensi della D.G.R. 424/06 dovrebbe avere un cardiologo, anche in regime di consulenza.

Nel caso di pazienti che necessitano di intervento cardiocirurgico d'urgenza è necessario organizzare un trasporto immediato presso la cardiocirurgia di riferimento di seguito indicata, salvo i casi in cui esistano specifici accordi consolidati tra Aziende del Lazio, formalizzati dalla Regione.

Al fine di poter governare tali relazioni, ciascuna area definita come "Area unitaria di Rete" ha concordato procedure/protocolli interaziendali di gestione dell'emergenza cardiologica, sottoposti ad aggiornamento e verifica periodica, mediante la costituzione di un comitato di referenti aziendali.

In particolare, nei protocolli operativi i centri hub devono definire, in accordo con gli spoke, le modalità di selezione dei pazienti da trattare nel centro specialistico per evitare l'inappropriatezza dei trasferimenti.

Per ciascun centro hub è stata identificata l'area di afferenza e la relativa cardiocirurgia di riferimento definita sulla base dei seguenti criteri: volume di attività delle strutture ospedaliere relativamente alle patologie in oggetto; numerosità della popolazione residente; localizzazione geografica; viabilità e vicinanza a strade ad alta percorrenza; dislocazione delle elisuperfici H24.

Saranno tenuti salvi:

- specifici accordi consolidati tra Aziende del Lazio, che siano formalizzati dalla Regione e che risultino compatibili con l'assetto complessivo della rete. Per tale motivo i PS di Albano e Genzano che insistono nel Distretto 2 della RMH fanno riferimento al S. Giovanni-Addolorata;



- progetti regionali in corso, quali ad esempio il progetto Infarto.net, per i territori individuati dalla D.G.R. 189/08 e secondo le modalità previste dal formalizzato protocollo.

Si precisa inoltre che:

- l'AO S. Camillo-Forlanini rappresenta il riferimento regionale per prestazioni cardiocirurgiche ultraspecialistiche (trapianto di cuore e assistenza ventricolare meccanica in pazienti con shock cardiogeno refrattario a terapia chirurgica convenzionale);
- l'attività dei centri di riferimento cardiocirurgici in emergenza è da intendersi inclusiva non solo delle prestazioni erogate ai pazienti con Sindrome coronarica acuta oggetto del PCAE allegato alla D.G.R. 420/07 ma di tutte le emergenze cardiocirurgiche, quali quelle dell'aorta toracica e quelle relative alle procedure sulle valvole cardiache;

Si prevede una rivalutazione annuale da parte della Regione con il supporto tecnico-scientifico di Laziosanità del livello di complessità delle singole strutture e delle relative aree di afferenza nonché della distribuzione delle emodinamiche H24 sul territorio regionale.

### **3.3 Trasporto con elisoccorso**

Per quanto riguarda le emergenze che necessitano del trasporto con eliambulanza risulta ad oggi che solo alcuni centri hub ex D.G.R. 420/07 dispongano di un'elisuperficie H24.

La normativa vigente (D.G.R. 1729/02) specifica che il trasporto in elicottero con adeguato personale ed equipaggiamento per trasferire un paziente critico tra ospedali possa essere preferibile a trasferimenti via terra per distanze superiori a 40 km. Peraltro, nell'ambito della rete dell'emergenza, la D.G.R. 4238/97 specifica che l'ARES 118 può, in casi eccezionali, in coincidenza di calamità o di altri eventi straordinari, disporre il trasferimento del paziente in DEA II livello diversi da quello competente per area territoriale, e tale concetto è estensibile anche alle reti di alta specialità.

Pertanto per l'elisoccorso gli atti di ridefinizione della rete dovranno prevedere, per le aree afferenti a centri hub non dotati di elisuperficie, l'identificazione di centri alternativi allorché la conformazione geografica del territorio, la presenza o meno di mezzi di soccorso su gomma medicalizzati dell'ARES 118 e il livello di complessità delle strutture afferenti la rendessero preferibile al fine di minimizzare i tempi di accesso ai centri di specialità.

**Allegato 1. G**  
**RETE ONCOLOGICA**

## **a) Premessa e articolazione generale delle attività oncologiche ospedaliere ed extraospedaliere**

Nella regione Lazio le patologie tumorali costituiscono la seconda causa di morte dopo le malattie cardiovascolari e rappresentano uno dei principali motivi di ricorso al ricovero ospedaliero. Il progetto "I tumori in Italia", sulla base della mortalità e dell'incidenza osservata nei registri del centro Italia, stima che ogni anno nel Lazio vengono diagnosticati circa 25.000 nuovi casi di tumore maligno in persone fra 0 e 84 anni, 5 ogni 1.000 maschi (soprattutto cute, prostata, polmone, vescica e colon) e 4 ogni 1.000 femmine (soprattutto mammella, cute, colon, polmone e stomaco). Le persone viventi con una diagnosi di tumore maligno sono circa 170.000, poco meno del 3% della popolazione tra i maschi e poco più del 3,5% tra le femmine. Circa 80.000 di queste persone hanno avuto almeno un ricovero ospedaliero ordinario in cui il tumore è stato indicato come diagnosi principale. Il ricorso al ricovero è più frequente tra le donne che tra gli uomini.

La patologia oncologica, seconda fra le cause di morte, ha causato nel 2005 14.900 decessi, 3,3 per 1.000 abitanti tra i maschi (dove la sopravvivenza relativa a 5 anni è in media del 50%) e 2,7 ogni 1.000 abitanti tra le femmine (dove la sopravvivenza relativa media a 5 anni è del 65%).

Dal 1997 ad oggi i ricoveri con diagnosi principale di tumore maligno non sono aumentati né nell'adulto né in pediatria dove si contano fra i 2 e i 3.000 ricoveri l'anno; è però aumentata la percentuale di day hospital (dal 23% al 32%). La degenza media è leggermente diminuita per i ricoveri ordinari: da 13,7 a 11,6 giorni.

Nello stesso periodo sono aumentati i ricoveri per chemioterapia e radioterapia: da 1.500 a 3.500 in pediatria e da 11.000 a 36.000 per gli adulti. Anche per questi ricoveri però è aumentata la proporzione di day hospital (dal 40% al 53%).

Non considerando i ricoveri per chemioterapia e radioterapia, i restanti sono distribuiti in quasi tutti gli istituti del Lazio; sono 18 gli istituti che effettuano più di 1.000 ricoveri l'anno e 66 quelli che ne effettuano più di 200.

Differenziando per sede del tumore, i più frequenti sono: apparato digerente (oltre 15.000, di cui più della metà colon-retto); polmone (oltre 7.000 ricoveri); apparato genitourinario (circa 16.500 ricoveri); melanomi e altri tumori della cute (8.000 ricoveri); mammella (oltre 7.000 ricoveri); sistema ematopoietico (più di 9.500 ricoveri). Una quota non irrilevante (più di 14.000 ricoveri) è inoltre classificata come "altre e non specificate sedi". Non si notano aggregazioni in singoli istituti se non per i tumori del sistema linfatico ed ematopoietico, dove il policlinico Umberto I raccoglie il 26% dei ricoveri; per i melanomi, dove l'IDI e l'IFO effettuano poco meno del 50% dei ricoveri; e per il polmone, dove il S. Camillo effettua il 20% dei ricoveri.

Considerando i posti letto, si osserva un grande accentramento a Roma dei reparti oncologici e ancora di più delle radioterapie. I posti letto espressamente dedicati all'oncologia a vario titolo nella nostra regione sono circa 1.250. Se si raffrontano ai ricoveri (80.000-100.000/anno), appare chiaro che una grossa fetta dei ricoveri dei pazienti oncologici non avviene in questi reparti, ma si distribuisce in reparti diversi.

Poco più del 20% dei ricoveri per pazienti oncologici adulti avviene in istituti che non sono dotati di reparti oncologici: fra questi il privato copre circa il 50% dei ricoveri. Questi ricoveri avvengono inoltre in istituti con un volume di ricoveri oncologici molto basso. I reparti dove più spesso vengono ricoverati i pazienti oncologici sono chirurgia generale, medicina generale e urologia.

Quasi l'80% dei ricoveri avviene in istituti pubblici con reparto di oncologia e con più di 500 ricoveri oncologici all'anno. Anche in questi istituti però meno del 50% dei ricoveri avviene in reparti oncologici (oncologia, ematologia, radioterapia o

medicina nucleare). Anche qui gli altri reparti con più ricoveri oncologici sono chirurgia generale, medicina generale e urologia.

La situazione è completamente diversa per la pediatria: più del 99% dei ricoveri avviene in istituti pubblici con il reparto di oncologia e/o ematologia e che effettuano più di 500 ricoveri l'anno di pazienti oncologici, e qui più dell'80% avviene in questi reparti.

L'aumento della sopravvivenza successiva alla diagnosi di tumore, fenomeno osservabile nella maggior parte del territorio nazionale, conseguente al potenziamento degli interventi di prevenzione secondaria (screening) e allo sviluppo tecnologico in campo diagnostico e terapeutico, comporta un aumento della prevalenza e quindi del carico di patologia nella popolazione, a fronte di andamenti molto differenziati dei tassi di incidenza (in aumento per alcuni tumori, ad esempio mammella e prostata, in diminuzione per altri, ad esempio stomaco).

Inoltre, le dinamiche demografiche in atto e la difficoltà a intervenire efficacemente su alcuni fattori di rischio fanno presupporre un andamento crescente del numero di casi di patologia tumorale nel prossimo decennio.

Sulla base di tali considerazioni è necessario organizzare il sistema dell'offerta di servizi in ambito oncologico in modo tale da garantire il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- equità nell'accesso ai servizi e ai trattamenti, superamento delle disomogeneità territoriali e riduzione dei disagi logistici e di orientamento dei pazienti;
- costante miglioramento della qualità delle cure;
- presa in carico dell'assistito nell'intero percorso assistenziale, attuando percorsi diagnostico-terapeutici adeguati e tempestivi, riducendo le liste di attesa e perseguendo la continuità assistenziale;
- integrazione fra i diversi livelli: promozione della salute, prevenzione, diagnosi e cura ospedaliera e territoriale, riabilitazione, assistenza psicologica e sociale;
- realizzazione della continuità assistenziale fra strutture di alta specialità, ospedali del territorio, altre strutture di assistenza territoriale;
- condivisione di strumenti da parte delle figure professionali coinvolte nell'assistenza oncologica: sistemi informativi, cartelle telematiche, linee guida, registri per patologia, etc.;
- aggiornamento adeguato degli operatori;
- comunicazione efficace verso i cittadini;
- sviluppo del sistema informativo oncologico ospedaliero e territoriale e sperimentazione della cartella oncologica informatizzata;
- valorizzazione delle risorse messe a disposizione dal volontariato operativo sul territorio.

La Regione Lazio con la D.G.R. del 12 giugno 2007, n. 420, ha delineato un percorso per la riorganizzazione dell'assistenza oncologica attraverso la costruzione di una "Rete oncologica regionale". Con questo atto è iniziato un percorso che deve giungere alla creazione e implementazione della Rete, coinvolgendo tutte le componenti del Servizio sanitario e i cittadini.

Infatti il coordinamento di tutte le azioni che si riferiscono all'assistenza al paziente neoplastico, sia in ospedale sia al di fuori di esso, è cruciale ai fini del raggiungimento di elevati standard di qualità dell'assistenza oncologica e requisito fondamentale per consentire un uguale accesso alle cure in tutto il territorio regionale.

Il mantenimento della migliore qualità di vita possibile costituisce una priorità. La gestione del percorso di cura richiama inoltre l'importanza di collegare in rete i diversi regimi assistenziali, per favorire l'integrazione e il coordinamento delle risorse. Si tratta quindi di realizzare le sinergie tra le componenti che partecipano alla gestione di processi assistenziali complessi per natura, intensità e durata dei problemi trattati.

Il punto centrale del ruolo della rete è la presa in carico del paziente che viene assunta dalla rete stessa e garantita per qualità in tutto l'arco dell'assistenza che il paziente oncologico dovrà seguire nel corso della malattia.

### **Organizzazione della rete oncologica: i Dipartimenti**

La rete è organizzata in Dipartimenti Oncologici, organizzati territorialmente, in base a bacini di utenza mediamente di 500.000–1 milione di abitanti, salvo aggregati minori per considerazioni di prossimità in bacini con popolazione dispersa sul territorio. Scopo generale del Dipartimento è quello di prendere in carico e indirizzare il paziente oncologico, individuando il percorso di assistenza. La struttura di accesso al Dipartimento Oncologico (DO) è preferibilmente collocata nel territorio ma è costituita da tutte le strutture (Presidi ospedalieri, Aziende ospedaliere, Aziende universitarie, IRCCS, Assistenza domiciliare, Hospice) dell'area geografica di pertinenza coinvolte nel processo di cura, assistenza e riabilitazione, nonché dai servizi di prevenzione primaria e secondaria e con il collegamento con i MMG.

Il Dipartimento Oncologico è dunque una struttura funzionale interaziendale e transmurale che integra tutte le attività ospedaliere e territoriali che assistono il paziente oncologico. Individua e garantisce l'implementazione dei percorsi diagnostico-terapeutici per ogni paziente in accordo con le linee guida regionali.

La rete oncologica si basa su un modello hub e spoke, in cui i Dipartimenti svolgono tendenzialmente entrambe le funzioni attraverso strutture di primo livello (spoke) e centri di alta specializzazione (hub). Essi garantiscono la prossimità delle cure (tramite gli spoke) e, ove necessario, assicurano funzioni diagnostiche e terapeutiche di alto livello con il centro hub.

Il modello a dipartimenti interaziendali, mediante relazioni di area vasta, consente inoltre economie di scala (ad esempio, adottando strategie di acquisto di beni e servizi comune a più ASL e/o centri ad alta specializzazione) e una programmazione delle attività per zone territoriali sovra aziendali.

Le strutture spoke eseguono una serie di prestazioni diagnostiche e terapeutiche secondo linee guida concordate, assicurando la totalità del percorso diagnostico-terapeutico nei casi per i quali è possibile fornire le prestazioni richieste e inviando i pazienti al centro hub nei casi in cui siano necessari interventi richiedenti la concentrazione di professionalità e tecnologie adeguate. Il centro hub cura i casi in cui l'inquadramento diagnostico e il piano assistenziale siano complessi e/o richiedano maggiore esperienza ed effettua le prestazioni di alta specializzazione. Data la peculiarità del malato oncologico, spesso ad alto carico assistenziale, la rete favorisce una distribuzione capillare delle funzioni assistenziali e dei servizi di primo livello, garantendone la qualità e consentendo così la maggiore prossimità possibile del paziente al proprio ambiente di vita abituale.

Il coordinamento della rete oncologica, gli indirizzi strategici e le verifiche periodiche sul grado di raggiungimento degli obiettivi prefissati sono svolti da Laziosanità-Agenzia di Sanità Pubblica e dall'IFO. L'Istituto Tumori Regina Elena, Polo oncologico regionale cura la realizzazione di sinergie clinico-assistenziali, di formazione e di ricerca e ha anche il compito di coordinare gli interventi degli hub di secondo livello. All'Istituto dermatologico Santa Maria e San Gallicano è affidato il coordinamento della rete per la parte di oncologia dermatologica.

I compiti specifici del coordinamento sono individuati come segue:

- definizione di linee guida per l'organizzazione dei Dipartimenti Oncologici e condivisione di un piano oncologico con i Dipartimenti stessi;
- coordinamento e indirizzo della rete;
- formulazione di piani regionali di sviluppo della ricerca e organizzazione del sostegno alle attività di ricerca;
- adozione, divulgazione e verifica linee guida;
- definizione dei requisiti per le strutture idonee a far parte dei dipartimenti oncologici;
- monitoraggio e valutazione delle attività assistenziali;
- indirizzo e coordinamento di formazione, informazione e comunicazione;
- sviluppo del sistema informativo e sorveglianza epidemiologica;
- promozione della qualità;
- piani di valutazione delle nuove tecnologie e monitoraggio del corretto utilizzo di strumenti innovativi di diagnosi e cura e dell'accesso ai trattamenti innovativi;
- armonizzazione dell'acquisizione e dell'uso delle tecnologie.

### **Caratteristiche e coordinamento dei Dipartimenti Oncologici**

I Dipartimenti Oncologici, definiti in base al bacino di utenza, si dividono in due livelli di complessità: I e II livello a seconda delle potenzialità assistenziali che esprimono.

I Dipartimenti Oncologici di II livello sono costituiti in aree territoriali corrispondenti a una o più ASL e utilizzano tutte le risorse idonee messe a disposizione da ASL, AO, IRCCS o Università collocate nel territorio medesimo. Essi possiedono al loro interno tutte le professionalità, le strutture e le apparecchiature necessarie ad affrontare le necessità dei pazienti oncologici nelle varie fasi della malattia.

Alcune funzioni specialistiche potranno essere individuate in centri sovra dipartimentali o anche in un unico centro regionale (Polo oncologico o altri centri a elevata specializzazione che potranno assumere funzioni di hub anche solo per una specifica attività diagnostica o terapeutica).

In relazione alle funzioni e alle specialità vanno anche previsti piani di ripartizione delle attrezzature.

Nei Dipartimenti di II livello sono presenti strutture hub e spoke. La struttura hub è unica nel dipartimento e garantisce la copertura di tutte le specializzazioni e le tecnologie al massimo livello di qualità. Le strutture hub dei Dipartimenti di II livello sono di norma individuate nelle Aziende universitarie e nell'IRCCS oncologico.

I Dipartimenti Oncologici di primo livello, invece, si avvarranno dei Dipartimenti Oncologici di secondo livello per gli interventi diagnostico-terapeutici che non riescono a garantire direttamente, o per consulenze che si rendano necessarie.

La definizione dei Dipartimenti Oncologici per ambiti territoriali verrà definita in base alla dislocazione territoriale della popolazione e delle strutture di primo e secondo livello, in base alle dinamiche delle strutture assistenziali, della funzionalità dei collegamenti, nonché in base all'esperienza di funzionamento della rete. Di norma la definizione delle aree e dei bacini dei Dipartimenti Oncologici è rivista ogni tre anni.

Tutte le Aziende coinvolte (ASL, Aziende ospedaliere, Aziende universitarie, IRCCS) concorrono, nella specificità propria del ruolo e dei compiti di ciascuna, allo sviluppo e al funzionamento della rete attraverso una programmazione interaziendale.

Tale programmazione, che include l'organizzazione delle competenze e dei rapporti fra le strutture coinvolte nei singoli Dipartimenti, viene definita da un Piano Organizzativo di Dipartimento che ogni Dipartimento Oncologico definisce sulla base di Linee guida emanate dall'ASP.

In tali Piani vanno definite le strutture che fanno parte dei Dipartimenti sia di primo che di secondo livello, l'organizzazione dei rapporti reciproci, la suddivisione delle competenze, gli eventuali centri hub specialistici (ferme restando le funzioni hub generali dei Policlinici universitari e dell'IRCCS oncologico) e tutti i dettagli contemplati nelle Linee guida emanate dall'ASP. Nei Piani vanno altresì previsti gli eventuali collegamenti con i Centri di riferimento regionali definiti ai sensi della D.G.R. del 18 marzo 2005, n. 339, per patologie di pertinenza oncologica. Nella definizione delle strutture che partecipano alle attività del Dipartimento, esiste a monte del Piano un primo filtro costituito dall'accreditamento regionale delle strutture idonee ad erogare specifiche prestazioni per malati oncologici, e in particolare le prestazioni di chirurgia oncologica.

Il coordinamento del Dipartimento è fatto dai Referenti aziendali di ogni Azienda interessata, ivi compresa la ASL o le ASL incluse nell'area. In tale coordinamento il referente della ASL rappresenta sia la funzione di tutela della salute dei residenti sia quella degli erogatori delle strutture territoriali che partecipano alla rete, mentre le strutture di presidio ospedaliero incluse nella rete hanno un loro referente autonomo. Il responsabile del coordinamento è il Referente della struttura hub del Dipartimento. Le linee guida dell'ASP provvedono a definire il funzionamento di tale coordinamento.

Oltre a tale coordinamento tecnico va predisposto un ulteriore coordinamento amministrativo, composto da responsabili amministrativi di tutte le Aziende coinvolte nel Dipartimento, ai fini della corretta applicazione di un piano comune di approvvigionamento di beni e servizi, della gestione dei magazzini e della logistica con l'esplicito compito di ottenere sinergie ed economie di scala.

Il Coordinamento della Rete è svolto dall'ASP e, per il coordinamento clinico, dall'Istituto Regina Elena quale Polo oncologico. I responsabili dei coordinamenti dei vari Dipartimenti partecipano al coordinamento della rete con l'ASP e l'IRE.

Tutti i medici coinvolti nell'assistenza oncologica nei Dipartimenti Oncologici dovranno lavorare all'interno di gruppi multidisciplinari e questa attività formalmente documentata dovrà costituire la base per le procedure di riconoscimento dei vari Dipartimenti Oncologici da parte del coordinamento regionale.

Compito specifico dei Dipartimenti Oncologici è la definizione dei percorsi terapeutici programmati in ogni patologia e in ogni situazione clinica. In ogni caso le valutazioni delle singole problematiche cliniche dovranno essere effettuate nei Dipartimenti Oncologici nell'ambito dei gruppi multidisciplinari, diretti dallo specialista che ha maggior coinvolgimento e responsabilità nei singoli casi clinici. Questi gruppi multidisciplinari (Unità cliniche multidisciplinari) hanno proprio il compito di assicurare il coinvolgimento di tutti gli specialisti nel trattamento del paziente con cancro, individuare i percorsi diagnostici e terapeutici più appropriati nel singolo caso e assicurare la continuità terapeutica e assistenziale dei pazienti.

Figura chiave della nuova forma di assistenza in rete è il Referente per la continuità assistenziale; ogni Dipartimento Oncologico individua figure professionali responsabili della continuità assistenziale per i pazienti dalla presa in carico da parte della rete oncologica (stabilita dall'Unità clinica multidisciplinare) fino al successivo ricovero presso una struttura della rete e dopo ogni ricovero per motivi oncologici. La continuità assistenziale si concretizza nell'accompagnare il paziente lungo il percorso diagnostico-terapeutico (i.e. gli esami, gli accertamenti, le procedure ambulatoriali) come definito dall'Unità clinica.

Il percorso è attivato dunque dalle Unità cliniche multidisciplinari dei D.O. della rete, che individuano il referente per la continuità del caso e definiscono il Piano assistenziale individuale (PAI). Un PAI deve essere formulato:

- ogni qualvolta si debba iniziare un percorso diagnostico-terapeutico complesso;
- ogni volta che viene dimesso un paziente oncologico.

Il PAI contiene:

- tutte le informazioni cliniche rilevanti del paziente;
- tutti gli accertamenti già effettuati dal paziente e la sintesi dei loro risultati;
- identificazione del referente per la continuità;
- diagnosi;
- piano terapeutico;
- obiettivi del piano assistenziale;
- tutte le tappe successive del percorso diagnostico-terapeutico;
- eventuali indicazioni per l'assistenza domiciliare e indicazioni per il case manager;
- firma del medico per l'Unità clinica multidisciplinare;
- consenso informato del paziente.

I medici dell'Unità clinica multidisciplinare comunicano il PAI al paziente, gli spiegano le responsabilità del referente per la continuità e spiegano a quest'ultimo le caratteristiche e i punti critici del PAI. Il referente per la continuità PAI a sua volta guida il paziente nell'attuazione del PAI e ne controlla l'effettiva adesione e la tempestività.

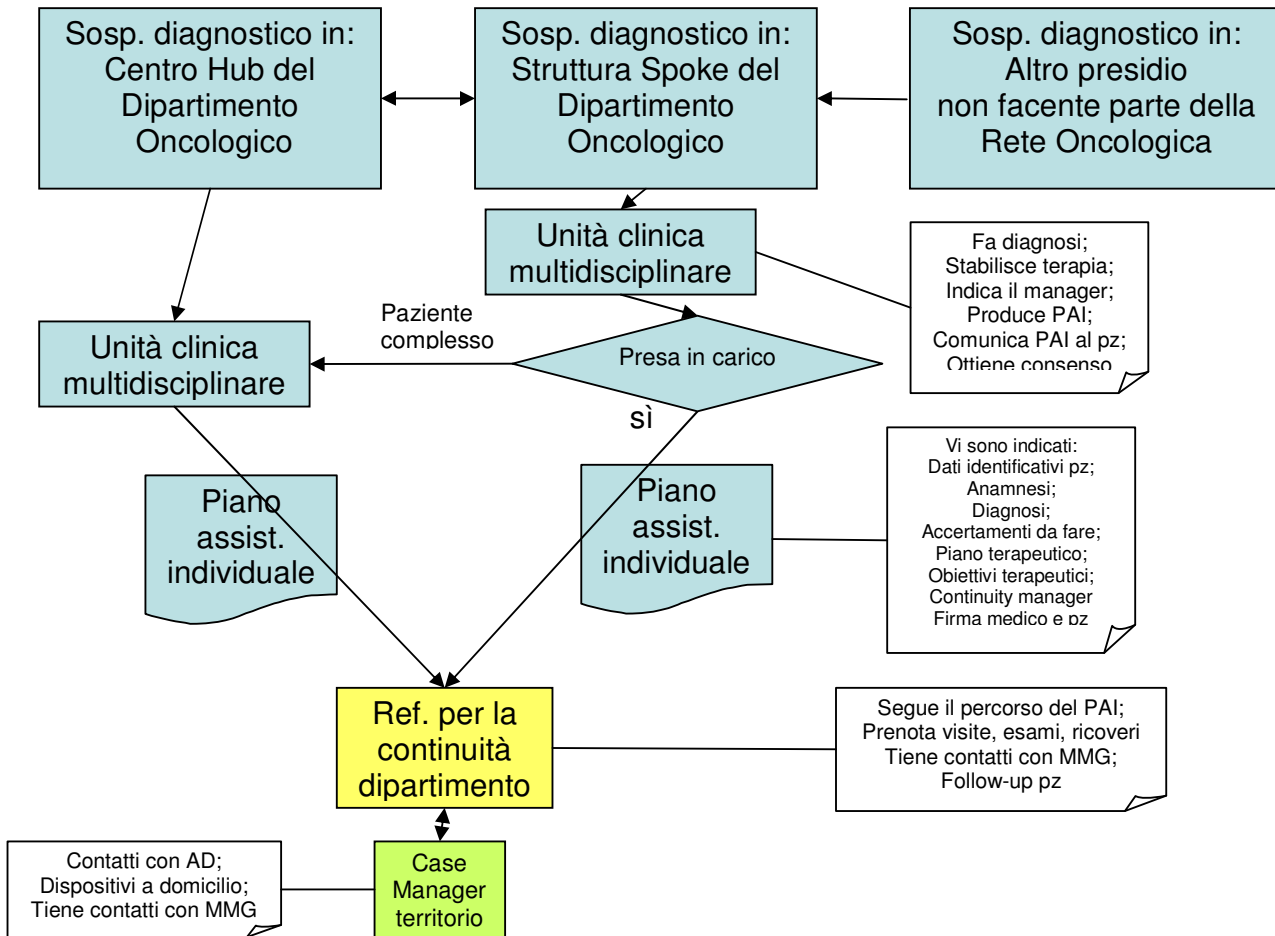
I gruppi multidisciplinari hanno anche il compito di proporre ai pazienti l'inserimento nei trials clinici in corso al fine di favorire lo sviluppo e l'implementazione delle stesse ricerche.

Fondamentale sarà l'attività di formazione del personale perché assimili adeguatamente la nuova organizzazione del lavoro. In particolare sarà curata la nuova figura del case manager a cui sono dedicate iniziative descritte nella parte dedicata alla formazione del presente allegato.



Nella figura di seguito riportata si rappresenta lo schema della presa in carico del paziente nel Dipartimento Oncologico.

### Rete Oncologica Regione Lazio: la presa in carico del paziente oncologico



#### Azioni prioritarie per la realizzazione della rete

- Caratterizzare i processi nelle fasi di cura attiva, riabilitativa e palliativa, e per quanto riguarda l'intervento territoriale, domiciliare e residenziale
- Definire i livelli assistenziali, le modalità e gli strumenti di integrazione e collaborazione delle diverse competenze professionali, nonché le specifiche dimensioni organizzative e l'organizzazione dei Dipartimenti di I e di II livello
- Definire criteri per l'inserimento delle strutture e dei servizi nei Dipartimenti e per il sistema di qualità dei soggetti erogatori di cura e di assistenza
- Creare strumenti per la condivisione delle informazioni relative ai processi di cura, assistenza e supporto per ciascun malato
- Individuare meccanismi operativi in grado di realizzare l'integrazione tra tutti i protagonisti dell'assistenza nella rete oncologica: MMG, rete ospedaliera, cure palliative e terapia del dolore, cure domiciliari, organizzazioni di volontariato

- Definire il piano di monitoraggio e valutazione
- Sviluppare nelle équipes la formazione anche per favorire la cultura del lavoro in rete e la valorizzazione delle preferenze del paziente.

Poiché tuttavia si rende necessario un periodo di sperimentazione, si dà indicazione perché venga inizialmente implementata l'organizzazione della rete in un Dipartimento pilota. Dopo un periodo di sei mesi, sulla base delle risultanze, vengono attivati gli altri Dipartimenti. È demandata all'ASP, in qualità di coordinatore della rete, l'individuazione del Dipartimento pilota.

**Funzioni e attività che dovranno essere presenti in un Dipartimento di oncologia aziendale o interaziendale di II livello**

- Chirurgia oncologica per:
  - tumori della mammella e della cute
  - sarcomi delle parti molli
  - tumori gastro-digestivi ed epato-pancreatici
  - chirurgia toracica ed endoscopia toracica
  - urologia
  - chirurgia ginecologica
  - neurochirurgia
  - chirurgia testa-collo (otorinolaringoiatria)
  - chirurgia plastica e ricostruttiva
- oncologia medica
- farmacia con preparazione centralizzata di farmaci antitumorali
- emato-oncologia con annessa sezione di trapianti di midollo
- radioterapia
- radiologia per immagini con sezioni di RMN, TC spirale, radiologia interventistica
- endoscopia digestiva e delle vie biliari
- anatomia patologica e patologia sperimentale
- struttura di accoglienza (piano di assistenza individuale)
- prevenzione secondaria (screening)
- centro di epidemiologia e biostatistica
- fisica medica
- medicina nucleare
- psicologia oncologica
- riabilitazione oncologica
- laboratorio di patologia clinica con annesso sezioni di biologia molecolare ed ematologia

- centro trasfusionale
- servizio nutrizionale
- terapie palliative e assistenza domiciliare
- biblioteca e centro documentazione

## **b) Sviluppo delle cure palliative**

Premesso che le cure palliative sono rivolte a tutti i malati affetti da patologie inguaribili in fase avanzata ed evolutive, la rete per le cure palliative deve essere integrata nella rete oncologica a cura del Dipartimento Oncologico.

Occorre quindi che i Dipartimenti definiscano:

- le modalità e gli strumenti per la stretta integrazione fra i livelli assistenziali territoriali, domiciliari, l'*hospice* e le strutture di degenza per acuti;
- la caratterizzazione di ciascun profilo di cura, con definizione dei criteri di appropriatezza in rapporto alla natura del bisogno, alla durata della presa in carico, alla complessità e all'intensità degli interventi assistenziali;
- le prestazioni in regime di assistenza ambulatoriale e di ospedalizzazione diurna in cure palliative;
- il sistema di qualità per le cure palliative domiciliari.

## **c) Sviluppo della terapia del dolore**

Premesso che la rete di terapia del dolore è rivolta ai malati affetti da dolore acuto e cronico di differente eziologia, nel malato oncologico un approccio ottimale di terapia del dolore è fondamentale durante tutte le fasi del processo assistenziale.

Numerose Regioni hanno istituito da diversi anni centri e unità operative di terapia del dolore.

Alcune hanno istituito unità in cui convergono le funzioni di terapia del dolore e cure palliative. Pertanto, è necessario identificare, in accordo con i bisogni e i modelli regionali, gradi differenti di complessità della rete. La rete va integrata con il "Progetto per l'Ospedale senza dolore", di cui va prevista l'identificazione di indicatori di processo e di efficacia.

Occorre definire e condividere linee guida per la terapia del dolore e occorre completare le reti regionali della terapia del dolore, integrandole nella rete oncologica, precisando i livelli di permanente rapporto reciproco fra esse e la rete oncologica e palliativa.

Anche questo Piano sanitario definisce una priorità gli interventi per l'umanizzazione delle strutture ospedaliere e territoriali con particolare enfasi sugli interventi di contenimento del dolore (vedi Parte III – cap. 4.a).

Il problema è ancora sottovalutato e insufficientemente trattato. La definizione di un modello strutturale, clinico e organizzativo, ripetibile e adattabile alle diverse realtà ospedaliere pubbliche o private, è individuata dal Piano come un passo fondamentale verso la soluzione del problema così diffusamente presente fra i pazienti con neoplasie.

Altro elemento fondamentale è l'offerta di modelli organizzativi e assistenziali, che garantiscano la continuità delle cure dall'ospedale per acuti ad altre forme di assistenza e riabilitazione territoriali e domiciliari.

Si ribadisce anche l'importanza di fornire ai professionisti momenti di formazione finalizzati a raggiungere un migliore ascolto del paziente e una presa in carico terapeutica e psicologica del dolore.

#### **d) La riabilitazione oncologica**

La riabilitazione del malato oncologico, che contemporaneamente e successivamente ai trattamenti specifici presenti una disabilità, ha oggi una forte connotazione sociale, in considerazione dell'aumento della sopravvivenza, degli esiti dei trattamenti e della migliorata aspettativa di vita.

La riabilitazione oncologica ha come obiettivo principale la qualità della vita del malato in qualunque fase della malattia, aiutando la persona e la sua famiglia a riprendere il più possibile condizioni di vita normali, limitando il deficit fisico, cognitivo e psicologico e potenziandone le capacità funzionali residue.

Le indicazioni in questo settore si rivolgono soprattutto al potenziamento della cultura della riabilitazione e del miglioramento dell'accessibilità dei servizi di riabilitazione per i pazienti, naturalmente integrando le loro attività nella rete oncologica.

#### **e) Supporto psicologico al malato oncologico**

La patologia neoplastica influisce in modo significativo sulle emozioni, i pensieri, i comportamenti dell'individuo colpito, così come sulla qualità delle relazioni familiari e sociali. L'intervento psicologico, sia esso di supporto o psicoterapeutico, risulta perciò fondamentale per il paziente e per la sua famiglia, sia nella fase della cura sia in quella dell'assistenza.

È necessario quindi che i Dipartimenti si impegnino nella promozione di servizi o attività di supporto psicologico mediante personale specificatamente formato e dedicato. Tuttavia si dovrà operare anche un'attenta valutazione di tali attività, vista la loro estrema delicatezza e la carenza di esperienza nel settore.

#### **f) Integrazione con il no profit e il volontariato**

Il patrimonio di capacità umane, professionali e organizzative del volontariato, del settore no profit, e più in generale del privato sociale, è un bene al quale attingere, che necessita di un riconoscimento adeguato.

Le associazioni di volontariato e quelle di malati identificano frequentemente, e talvolta anche prima delle Istituzioni, i bisogni inespressi dei malati e favoriscono la nascita di iniziative per risolvere questo tipo di problemi.

Gli interventi caratterizzati dalla relazione d'aiuto e dal supporto inserito nei livelli assistenziali contenuti nelle aree di intervento descritte nei paragrafi precedenti costituiscono i presupposti per lo sviluppo di questa azione specifica. Va quindi predisposta l'integrazione tra "terzo settore" e servizio pubblico, specie nell'ambito delle cure domiciliari, dell'ospedalizzazione a domicilio, degli Hospice.

I dipartimenti si impegneranno quindi nella definizione degli interventi caratteristici della sussidiarietà orizzontale, nelle fasi del percorso assistenziale e di supporto del malato e della sua famiglia

Occorrerà per questo predisporre e applicare un sistema di certificazione per le organizzazioni no profit che intendono integrarsi nei percorsi assistenziali, definendo un sistema di accreditamento.

## **g) Ricerca clinica**

Per la ricerca in oncologia valgono le direttive di programmazione regionali concernenti la ricerca clinica in generale, tuttavia alcuni punti specifici possono essere aggiunti o sottolineati.

Occorre privilegiare la ricerca traslazionale e particolarmente quella che può portare rapidamente ad applicazioni che giovino ai malati di cancro.

Particolare enfasi va posta su quella ricerca in grado di favorire la definizione e l'implementazione di linee guida o protocolli diagnostico-terapeutici e assistenziali, nonché la promozione e la diffusione dell'*Evidence-Based Medicine*.

Molta importanza, inoltre, questa Regione attribuisce alla ricerca valutativa sulle performances dei servizi sanitari.

Vanno favoriti, quando possibile, gli studi indipendenti e, nell'ambito dei trials, gli studi multicentrici, in grado di arrivare a risultati in tempi più brevi e che comportano collaborazioni con Istituzioni di altre regioni o internazionali.

Tutti gli studi clinici, sponsorizzati o no, devono essere condotti con il massimo rigore scientifico, per quanto riguarda gli aspetti metodologici, organizzativi, assicurativi, etc.

Tutto ciò implica la presenza di figure professionali (statistici, informatici, *data managers*, infermieri di ricerca, esperti sui pertinenti aspetti legali e assicurativi) attualmente poco rappresentate nel SSN.

La rete deve organizzare le sue attività di ricerca e, attraverso il coordinamento della rete, definire un Piano razionale per la ricerca, contenente le priorità, gli standard metodologici e le risorse in termini di competenze. In tale Piano vengono proposti studi innovativi e interventi di diffusione delle conoscenze su quello che avviene nella ricerca, sia per quanto riguarda l'informazione sugli studi clinici in corso, sia per la diffusione dei risultati degli studi locali, nazionali e internazionali.

La partecipazione dell'intera rete regionale alle iniziative di ricerca clinica può generare una massa critica particolarmente rilevante rispetto alla potenza degli studi intrapresi.

Le attività di ricerca vengono pianificate annualmente dai Dipartimenti oncologici e i piani di ricerca annuali vengono discussi in sede di Coordinamento della Rete. Inoltre è necessario che la Rete si doti di una struttura operativa di coordinamento con un Comitato scientifico con funzione di promozione-proposta, valutazione fattibilità-validità scientifica e individuazione dei Centri da coinvolgere. La Rete dovrà disporre poi di un Comitato Etico di Rete, di un *Operation Office* (punto di interfaccia con le industrie) e di uno o più centri di randomizzazione, raccolta ed elaborazione dati e dovrà promuovere forum di discussione su problemi e priorità aperti a tutti gli stakeholders.

## **h) Banche tessuti**

I recenti progressi nella genomica e nella proteomica forniscono oggi una reale opportunità per accelerare i progressi nella ricerca biomedica in generale e nell'oncologia in particolare. Una risorsa vitale perché questo si realizzi è rappresentata dalla disponibilità di tessuto tumorale, che aiuti a trovare *targets* per il trattamento della malattia neoplastica.

Diversi ospedali e centri di ricerca attualmente utilizzano una propria banca di tessuti; ma, ad oggi, si è verificato un approccio frammentario e non omogeneo per raccogliere e usare i campioni tumorali a scopo di ricerca. Manca per ora un'infrastruttura nazionale per la standardizzazione della raccolta di campioni tumorali, della loro conservazione e del loro uso.

I settori di ricerca che hanno un'esigenza forte di raccogliere campioni su larga scala comprendono:

- Determinazione della prognosi e risposta alla terapia
- Identificazione dei marcatori ereditari di prognosi
- Identificazione dei marcatori ereditari di tossicità
- Suscettibilità genetica al cancro.

La strategia a medio-lungo termine è di stabilire un network di centri per la raccolta e la conservazione dei tessuti, collegato ad un insieme di centri che avranno il compito di garantire che l'informazione sul contenuto delle banche sia accessibile ai componenti della rete al fine di evitare duplicazioni, sprechi e inefficienze nella gestione di questo patrimonio sia di conoscenze che clinico.

## **i) Reti speciali**

### **Rete speciale per Oncologia Pediatrica**

L'organizzazione e la gestione di una Rete assistenziale regionale nell'ambito dei tumori solidi pediatrici presenta alcune peculiarità.

I tumori solidi in età pediatrica pur essendo relativamente rari, 800-900 casi/anno nella fascia di età compresa tra 0-15 anni, rappresentano la seconda causa di morte in questa fascia. Negli ultimi venti anni la prognosi è migliorata e il 70% dei bambini affetti da tumore solido può essere guarito con le attuali terapie.

La guarigione è possibile con un approccio multidisciplinare che può comprendere chemioterapia convenzionale e ad alte dosi seguita da reinfusione di cellule staminali periferiche e/o midollari, chirurgia e radioterapia. La chemioterapia è generalmente aggressiva essendo i tumori solidi tendenzialmente più chemiosensibili e chemiocurabili rispetto ai tumori dell'adulto.

In considerazione delle peculiarità proprie della fascia di età e dell'approccio multidisciplinare, il team di cura deve essere formato da personale medico e paramedico con competenze specifiche ed esperienza non solo nella diagnosi e cura ma anche nella gestione complessiva del paziente pediatrico potendosi avvalere di una struttura adeguata.

In sintesi, l'Oncologia Pediatrica presenta numeri più piccoli e la relativa attività assistenziale insiste su un numero di Centri certamente inferiore rispetto alla configurazione dei Dipartimenti oncologici regionali. Deve quindi essere prevista per questi Centri una struttura di rete differenziata anche se integrata nella rete maggiore dell'oncologia.

La Rete Oncologica in ambito pediatrico dovrebbe permettere una migliore presa in carico del bambino affetto da tumore attraverso un'identificazione chiara dei centri di riferimento a cui rivolgersi al momento della diagnosi e la possibilità

durante il periodo di trattamento o di follow-up di appoggiarsi a strutture periferiche, eventualmente più vicine al proprio domicilio, che siano in comunicazione continua e diretta con il centro di riferimento.

#### Stato dell'offerta

Nella regione Lazio attualmente sono presenti pochissime strutture che si occupano in modo consistente di Oncologia Pediatrica/Tumori Solidi. In particolare tre strutture romane insieme eseguono il 95% delle prestazioni relative a Oncologia pediatrica nella Regione Lazio e oltre il 90% delle dimissioni con DRG oncologico pediatrico. Esse sono: l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, che eroga oltre il 60% delle prestazioni, il Policlinico Gemelli e il Policlinico Umberto I.

Non vi sono strutture onco-ematologiche pediatriche in provincia.

#### Caratteristiche del Dipartimento Oncologico in Pediatria

Il Dipartimento Oncologico pediatrico dovrà presentare i seguenti requisiti strutturali:

- Oncologia medica pediatrica costituita da reparto di degenza ordinaria, day hospital e ambulatorio
- Sezione di trapianto di midollo e cellule staminali emopoietiche periferiche autologhe
- Chirurgia oncologica pediatrica
- Terapia intensiva e Rianimazione pediatrica e neonatale
- Farmacia con preparazione centralizzata di farmaci antitumorali
- Radioterapia. In considerazione dei pochi pazienti/anno per i quali è indicato l'impiego della Radioterapia, si potrà utilizzare il Servizio di Radioterapia di altro Dipartimento Oncologico in regione con esperienza in campo pediatrico
- Radiologia per immagini con sezioni di RMN e TC spirale
- Radiologia interventistica
- Endoscopia digestiva
- Medicina nucleare
- Anatomia patologica e patologia sperimentale con possibilità di eseguire analisi estemporanee
- Servizio immunotrasfusionale, Centro trasfusionale e banca di cellule staminali periferiche
- Laboratorio di patologia clinica inclusa ematologia e biologia molecolare
- Psicologia oncologica
- Assistenza domiciliare
- Terapie palliative
- Biblioteca e centro documentazione
- Centro di biostatistica e centro dati.

Le competenze specifiche del Dipartimento Oncologico in ambito pediatrico saranno:

- Diagnosi
- Stadiazione

- Piano terapeutico in accordo con le linee guida nazionali (AIEOP) e/o internazionali (SIOP) o protocolli sperimentali approvati dal CE sia in caso di nuova diagnosi sia al momento di eventuali recidive
- Piano di follow-up dopo il termine del trattamento
- Chemioterapie complesse
- Chemioterapie ad alte dosi seguite da reinfusione di cellule staminali ematopoietiche
- Chirurgia
- Radioterapia
- Assistenza sanitaria e integrata a domicilio e sul territorio.

In sostanza il Dipartimento Oncologico deve essere in grado di prendere in carico globalmente il paziente oncologico.

#### Centri spoke

Come già detto, non sono note strutture in regione, esclusa la città di Roma, che si occupino di Oncologia Pediatrica anche solo per la terapia di supporto. Occorre programmare in tempi brevi delle strutture satelliti (con funzione di spoke) che interagendo con il Dipartimento Oncologico Pediatrico garantirebbero una migliore qualità di assistenza e una migliore qualità di vita dei piccoli pazienti e delle loro famiglie. Le strutture satelliti, da individuare nelle U.O. di Pediatria esistenti nel territorio (in ogni provincia) dovranno presentare alcuni requisiti strutturali minimi:

- Ambulatorio e/o day hospital con personale infermieristico e medico preparato
- Possibilità di ricoverare pazienti in reparti di degenza pediatrica provvisti di stanze singole
- Laboratorio di patologia clinica con annesso centro trasfusionale e/o emoteca
- Servizio di Diagnostica radiologica
- Terapie palliative
- Assistenza domiciliare.

Le competenze specifiche dei centri spoke sono:

- Centro di accoglienza
- Terapie di supporto (trasfusioni, antibioticoterapia, fattori di crescita, NPT, infusione di liquidi, terapia antidolorifica, etc.)
- Controlli clinico-ematologici pre e post-chemioterapia
- Terapie palliative.

È necessario dunque che la rete di oncologia pediatrica si sviluppi intorno ai centri hub della regione creando collegamenti con i centri spoke e un'organizzazione territoriale in grado di ripartire i casi fra le strutture in modo adeguato, garantendo la presa in carico dei pazienti con modalità analoghe a quelle descritte per i percorsi degli adulti e curando la possibilità di erogare cure appropriate nei centri spoke in modo da ridurre il peso logistico e organizzativo soprattutto per i pazienti che non vivono a Roma.



### **Rete speciale per Emato-oncologia**

Pur nella considerazione della specificità del settore ematologico rispetto a quello dell'oncologia generale, il censimento e l'analisi dei volumi di attività delle strutture di Emato-oncologia nella nostra regione e anche dei relativi Centri trasfusionali permettono di rilevare l'assoluta sovrapposibilità delle strutture più dotate e che assicurano maggiori volumi di attività rispetto a quelle la cui attività si riferisce alla diagnosi e al trattamento dei tumori solidi. Infatti le strutture con maggiori volumi di attività di Emato-oncologia nel Lazio sono: Policlinico Umberto I, Policlinico Tor Vergata, Az. ospedaliera San Camillo-Forlanini, Policlinico Gemelli, Ospedale Bambino Gesù, Ospedale Sant'Eugenio – RMC, Ospedale Santa Maria Goretti – ASL Latina ed ematologia universitaria, Ospedale Sant'Anna – ASL Viterbo, Az. Ospedaliera San Giovanni-Addolorata, Ospedale Umberto I – ASL Frosinone, Istituto Regina Elena (IFO), Policlinico Sant'Andrea, Policlinico Campus Biomedico.

Di fatto all'interno dei Dipartimenti Oncologici, le strutture di Emato-oncologia opereranno con grado di autonomia maggiore rispetto ai gruppi multidisciplinari per patologia previsti per le singole patologie dei tumori solidi.

Fermo restando che il coordinamento della rete oncologica è competente anche per le strutture di Emato-oncologia, è opportuno un coordinamento specifico delle attività di Emato-oncologia che prevede la partecipazione dei responsabili dell'Emato-oncologia dei singoli Dipartimenti Oncologici.

Funzione di tale organismo di coordinamento sono la programmazione di procedure diagnostiche e terapeutiche comuni, la condivisione di linee guida, l'eventuale ripartizione di linee specialistiche, la condivisione di forme di consultazione reciproca, la promozione di economie di scala e di strategie di ripartizione di risorse tecnologiche, etc.

### **I) La situazione della Neuro-oncologia**

Le neoplasie cerebrali colpiscono ogni anno in Italia circa 4.000 persone, sia adulti in età lavorativa che bambini. Non se ne conoscono correlazioni genetiche, non lo si può collegare a fattori ambientali, né è possibile la diagnosi precoce: quando si manifesta è già tumore. I tumori cerebrali dell'adulto sono una patologia relativamente rara (8/100.000 abitanti) che per la complessità del decorso clinico comporta elevati bisogni assistenziali ed elevato assorbimento di risorse sanitarie. In età pediatrica essi rappresentano dopo le leucemie le neoplasie più frequenti.

I tumori del SNC sono eterogenei e numerosi, comprendendo fino a più di 17 tipi istologici diversi. Nell'ambito di ciascuna categoria vi sono ulteriori eterogeneità di comportamento clinico e biologico in rapporto a caratteristiche molecolari non ancora del tutto note. Inoltre, i tumori cerebrali possono essere associati a sindromi tumorali ereditarie quali la Neurofibromatosi 1, la Sindrome di Turcot e Li-Fraumeni per citare le più note.

Come per gli altri tumori, esiste un ampio consenso sulla necessità di promuovere gruppi multidisciplinari in grado di erogare prestazioni di eccellenza basate su linee guida condivise e aderenti alle evidenze scientifiche.

La Neuro-oncologia quindi farà parte della rete oncologica, tuttavia le sue peculiarità per l'inquadramento diagnostico e la terapia suggeriscono la definizione di percorsi specifici, con centri hub e spoke che possono non coincidere con i dipartimenti oncologici.

Le caratteristiche dei centri sono appresso specificate, oltre alla presenza nel centro di un gruppo multidisciplinare costituito da vari specialisti (neuropatologo, neurochirurgo, neuroradiologo, neuro-oncologo, radioterapista, psicologo) le potenzialità diagnostiche e terapeutiche adeguate devono comprendere:

- Neuropatologia
- Diagnostica bio-molecolare (FISH, test di metilazione MGMT, indagini biomolecolari di caratterizzazione)
- Diagnostica per immagini (RM morfologica, spettroscopica, di diffusione, trattoscopica) e imaging metabolico (PET)
- Strutture chirurgiche adeguate, fornite di neuronavigatore (o almeno ecografo intraoperatorio), microscopio operatorio con fluorescenza, monitoraggio neurofisiologico intraoperatorio, chirurgia stereotassica
- Strutture radioterapiche adeguate, dotate di acceleratore lineare con possibilità di trattamenti conformati e stereotassici
- Strutture di neuro-oncologia clinica, dotate di possibilità di trattamento in regime ambulatoriale, day-hospital e ricovero.

#### **m) La situazione della Radioterapia**

Stato dell'offerta

In letteratura le analisi condotte nei diversi paesi evidenziano livelli di utilizzazione della radioterapia, per gli anni più recenti, mediamente intorno al 40-50% dei pazienti oncologici, con una crescita nell'ultimo decennio di circa 10 punti percentuali. Dai modelli teorici costruiti a partire dalle evidenze cliniche della letteratura scientifica per ciascuna neoplasia si ottengono invece valori stimati che superano il 50% del totale dei casi oncologici, come ad esempio nel lavoro australiano del *Collaboration for Cancer Outcomes Research and Evaluation* (CCORE).

Secondo stime recenti nella regione Lazio il tasso di incidenza grezzo annuo di neoplasie è valutato essere di 514,2 per gli uomini e 439,3 per le donne ogni 100.000 abitanti, corrispondente ad un tasso globale di 476,8 abitanti portatori di neoplasie ogni 100.000 abitanti. Nel Lazio si può stimare dunque un' incidenza di neoplasie annue di circa 26.000. Se si considera che il 50% di questi pazienti dovrà eseguire radioterapia si ricava che il numero totale di pazienti da sottoporre a radioterapia è di circa 13.000. Poiché i dati disponibili dimostrano che circa il 20% dei pazienti curati con radioterapia dovrà eseguire un ritrattamento, la somma totale dei casi da curare con radioterapia dovrebbe essere circa 15.000.

Centri Radioterapia del Lazio

Dai dati disponibili sono 17 i centri di radioterapia provvisoriamente accreditati nel Lazio, che producono volumi di attività consistenti. L'AIRO ha censito 31 acceleratori lineari attivi più 3 in via di attivazione (1 presso il Policlinico Umberto I, 2 presso la ASL di Sora) e 1 Tomoterapia in via di attivazione (Ospedale S. Camillo).

Il fabbisogno di acceleratori può essere stimato sulla base delle raccomandazioni del rapporto ISTISAN 96/39 e successivi aggiornamenti ISTISAN 02/20 che divide i centri di radioterapia in 4 categorie in rapporto al tipo di trattamenti

che sono in grado di eseguire. In questa classificazione sono previsti trattamenti di categoria A, B, C e D aventi complessità progressivamente crescente.

• *Trattamenti di categoria A*

Trattamenti a tecnica semplice rispondenti alle seguenti specifiche:

- campo collimato diretto o campi collimati contrapposti;
- campi non sagomati o sagomati con blocchi standard non personalizzati;
- simulazione radiologica/documentazione fotografica;
- valutazione della dose limitata a punti definiti sull'asse centrale;
- verifica con film portale per trattamenti con fotoni di alta energia;
- nessun sistema di immobilizzazione o sistemi di immobilizzazione non personalizzati.

• *Trattamenti di categoria B*

Trattamenti più complessi che richiedono:

- impiego di campi multipli, campi tangenziali, tecniche di movimento, grandi campi complessi con schermatura personalizzata;
- acquisizione dei dati anatomici del paziente tramite sezioni TC (o Risonanza Magnetica, RM);
- rappresentazione bidimensionale (2D) della distribuzione di dose su più sezioni corporee;
- nessun sistema di immobilizzazione, sistemi di immobilizzazione non personalizzati o personalizzati in relazione a particolari trattamenti radianti (ad esempio testa e collo, linfoma, medulloblastoma).

I requisiti riportati in grassetto sono imprescindibili per la definizione di categoria B.

• *Trattamenti di categoria C*

Trattamenti che richiedono procedure di elevato livello tecnico quali:

- radioterapia conformazionale tridimensionale (3D Conformal RadioTherapy, 3D-CRT);
- rappresentazione tridimensionale (3D) della distribuzione di dose;
- impiego di procedure evolute per la valutazione della distribuzione di dose con particolare riferimento agli istogrammi dose-volume;
- sistemi personalizzati di immobilizzazione e di schermatura.

I requisiti riportati in grassetto sono imprescindibili per la definizione di categoria C.

Si definisce come 3D-CRT una tecnica che permetta di rendere clinicamente praticabile un trattamento radiante per via esterna conformato alla reale estensione e sviluppo della massa neoplastica, con notevole risparmio delle strutture sane e degli organi a rischio contigui; le tecniche conformazionali sono basate pertanto sulla definizione volumetrica, tridimensionale, del tumore e dell'anatomia degli organi a rischio secondo quanto definito nei rapporti tecnici dell'*International Commission on Radiation Units and Measurements* (ICRU) n. 50 e n. 62.

• *Trattamenti di categoria D*

Tecniche speciali quali brachiterapia, irradiazione corporea totale (Total Body Irradiation, TBI), radioterapia intraoperatoria (IntraOperative RadioTherapy, IORT), irradiazione cutanea totale con elettroni (Total Skin Electron Irradiation, TSEI), radiocirurgia (con acceleratore lineare o gamma knife), radioterapia a modulazione di intensità (Intensity Modulated RadioTherapy, IMRT), Radioterapia guidata dalle immagini (IGRT), Tomoterapia, tecniche che richiedono attrezzature dedicate, esperienza specifica, intervento multidisciplinare.

Nel programmare la distribuzione e le dotazioni dei Centri esistenti e futuri, occorre tenere conto della categoria tecnica delle prestazioni che possono essere fornite in modo da coprire adeguatamente almeno i fabbisogni della popolazione residente, valutati sulla base dei dati epidemiologici. I Centri in grado di fornire prestazioni relative alle tecniche speciali vanno programmati a livello nazionale, tenendo conto delle caratteristiche degli altri Centri e della facilità di accesso.

È necessario che i singoli centri per essere inclusi in questa categoria eseguano un numero minimo di prestazioni per ciascuna tipologia. È opportuno, inoltre, che ogni Centro definisca periodicamente i propri obiettivi in rapporto alla disponibilità di personale, di competenze, di attrezzature e di infrastrutture. In particolare nel Lazio si dovranno valutare complessivamente gli obiettivi che i vari centri definiranno specificando:

- risorse disponibili (personale, attrezzature, infrastrutture);
- numero delle prestazioni erogabili (documentate sulla base dell'attività svolta nell'ultimo anno);
- categoria tecnica massima delle prestazioni che è in grado di fornire, in rapporto alle risorse disponibili, definita secondo i criteri precedentemente indicati;
- eventuali specifiche competenze disponibili e i programmi di ricerca in corso.

Lo studio degli obiettivi dei centri permetterà un piano complessivo di attività, che dovrà essere congruo rispetto alla stima dei fabbisogni regionali e ai principi di efficienza e di economia di scala.

Il Piano di acquisizione e di rinnovamento delle tecnologie viene definito dalla rete oncologica come riportato precedentemente.

Organizzazione della radioterapia nella rete oncologica

Nell'ipotesi di un Dipartimento Oncologico cui afferiscono 500.000 persone:

- 4 (1 ogni 124.000 abitanti) - 5 (1 ogni 107.000 abitanti) acceleratori lineari ogni 500.000 ubicati in 2 centri di radioterapia che siano dotati di attrezzature che consentano di effettuare prestazioni di tipo D
- Ogni Centro dovrà disporre di almeno un simulatore TC dedicato in grado di consentire la pianificazione 4D
- Tutti i Centri devono poter eseguire trattamenti di 3DCRT e devono essere programmati per poter eseguire in tempi abbastanza brevi trattamenti di IMRT.

Ogni 1.000.000 di abitanti:

- Un centro di radioterapia in grado di eseguire trattamenti di categoria D (IGRT, Stereotassi, Tomoterapia, IORT, etc.)

Per quanto riguarda la brachiterapia è sufficiente 1 centro ogni 1.500.000 abitanti.

#### Distribuzione dei servizi sul territorio

Il problema della distribuzione geografica deve essere affrontato in maniera integrata, coinvolgendo le strutture già esistenti e tenendo presente che attualmente vi è una diseguale distribuzione nel territorio con carenza di strutture particolarmente nel sud della regione.

La rete dovrà produrre analisi che portino alla razionalizzazione delle risorse. La radioterapia è una terapia di alta specialità che necessita di attrezzature ad alto contenuto tecnologico e di interazioni con altre discipline a livello di alta specializzazione. La sua collocazione naturale è pertanto nei presidi ospedalieri ad alta specializzazione; per favorire l'accesso alle prestazioni dei cittadini residenti in aree distanti da presidi ospedalieri ad alta specializzazione, va programmata la diffusione di centri di radioterapia che garantiscano prestazioni di minore complessità, con il collegamento operativo con una o più strutture di maggiori dimensioni, nelle quali siano disponibili tecnologie che consentano di effettuare prestazioni di tipo D. Il Dipartimento oncologico essendo per sua natura interaziendale e transmurale è la modalità organizzativa idonea a garantire tali servizi. Come per tutte le altre attività della rete i centri principali di radioterapia, oltre ai trattamenti di maggiore complessità, si fanno carico anche della formazione e dell'aggiornamento del personale dei centri di minor livello.

Attraverso l'organizzazione del Dipartimento oncologico con queste logiche si possono ottimizzare gli investimenti di risorse in alta tecnologia e di risorse umane, anche attraverso la gestione interaziendale e transmurale del personale nonché attraverso la formazione.

#### **n) Sviluppo del sistema informativo**

Lo sviluppo del SI della rete è un intervento cruciale ma complesso e richiede attenta progettazione e sperimentazioni per piccole tranches.

Le tappe che si prevede di percorrere sono le seguenti:

- Rete delle anatomie patologiche
- Rete della diagnostica per immagini
- Cartella clinica di rete che segue il percorso del paziente.

#### Rete delle anatomie patologiche

La rete ha due funzioni principali:

1. quella di stimare l'incidenza delle neoplasie e quindi essere il supporto del registro tumori regionale. Questa funzione è fondamentale e ormai irrinunciabile per l'esigenza di conoscere l'incidenza delle patologie tumorali. Non ci sono altri sistemi attendibili a tal fine. La mortalità è ormai uno strumento inappropriato anche come proxy dell'incidenza dei tumori più rapidamente mortali. Inoltre man mano che i progressi clinici tendono ad allungare la sopravvivenza delle persone con malattie neoplastiche, la mortalità serve sempre di meno a fornire un'immagine attendibile dell'epidemiologia di tali patologie. I ricoveri ospedalieri sono già un sistema migliore

ma, in confronto ai registri, si è visto che essi sottostimano dal 15 al 25% l'incidenza dei tumori. Inoltre in tale sistema mancano informazioni fondamentali quali la natura e lo stadio del tumore.

Nel Lazio esiste solo il registro tumori di Latina, che però rappresenta una popolazione limitata. L'estensione del registro all'intera regione ha un significato epidemiologico notevole, oltre che essere uno strumento fondamentale per studi che prevedano il follow-up di pazienti, il confronto fra percorsi assistenziali, le valutazioni di appropriatezza e di esito, le analisi di sopravvivenza, il benchmarking, etc.

2. Quella di collegare le anatomie patologiche regionali agevolando i recuperi di informazione sulla natura di un tumore o su precedenti diagnosi. Ciò permette di condividere la gestione del paziente fra diversi centri di cura che in momenti diversi intervengono sullo stesso soggetto. Questa solidità diagnostica e la sua disponibilità per chi gestisce segmenti di cura dei pazienti è alla base della costruzione di percorsi assistenziali appropriati per livello di complessità.

L'informazione diagnostica è oggi contenuta nei sistemi informativi delle Anatomie Patologiche (AP), alcuni dei quali integrati nella rete informativa locale aziendale, nessuno dei quali in rete con altre AP.

Occorre che questa informazione passi da un regime di isolamento locale ad una condivisione in rete. Ciò per la necessità di rendere più rapida e certa la ricostruzione della storia clinica del paziente. C'è infatti l'assoluta urgenza di superare gli attuali deficit di comunicazione che spesso costituiscono un onere aggiuntivo per i pazienti o per le loro famiglie, che, con una certa frequenza, si fanno carico della ricostruzione della propria storia documentata, compresi i referti istologici o i preparati originali su cui era stata formulata la diagnosi.

L'Agenzia di Sanità Pubblica, avvalendosi del supporto di un apposito gruppo di lavoro, è incaricata di mettere a punto il sistema informativo delle Anatomie Patologiche, coordinare i flussi, gestire gli archivi ed effettuare i controlli di qualità e le elaborazioni dei dati. L'accesso ai dati è limitato alle strutture di Anatomia Patologica che contribuiscono al sistema sia per l'immissione dei dati sia per l'interrogazione e la ricerca ad esempio di precedenti esami biotipici di un paziente.

La rete delle anatomie patologiche dovrà inoltre individuare AP di riferimento per patologie rare o per linee di specializzazione. Attraverso il Sistema Informativo queste AP di riferimento saranno consultabili dalle altre AP sia per dubbi che per routine nei casi specifici. Occorrerà raccomandare per alcune diagnosi notoriamente problematiche l'istituzione di letture plurime, che il sistema di trasmissione delle immagini potrebbe supportare.

Lo sviluppo del sistema prevede l'ampliamento in due direzioni: la messa in rete delle immagini istologiche con la possibilità di supervisioni e consulenze e l'aggregazione a questo primo nucleo informativo di altri pezzi del sistema informativo della rete oncologica. Fra questi c'è la diagnostica per immagini e, intorno a questi importanti pezzi della storia clinica, potrebbe realizzarsi la cartella clinica informatizzata del paziente oncologico come strumento integrato che è fatta e gestita dalla rete.

## **o) Qualità delle prestazioni nella rete oncologica**

Numerosi sono gli studi presenti nella letteratura scientifica che dimostrano un impatto significativo e diretto del volume e della qualità delle prestazioni praticate dalle singole équipes di cura nel settore dell'oncologia sull'*outcome* dei pazienti trattati in diverse patologie (per esempio il numero di interventi chirurgici dello stesso tipo eseguiti da ciascun chirurgo o dipartimento chirurgico).

Da qui la necessità di definire specifici criteri che attestino la qualità dei servizi erogati dalle Istituzioni operanti nel settore dell'oncologia.

La formulazione di questi criteri dovrà portare alla definizione di requisiti per i Dipartimenti Oncologici. Le strutture per essere incluse nei Dipartimenti dovranno adeguare i propri standard a quelli richiesti, altrimenti verranno da essi escluse. A fini di empowerment la comunità dei pazienti dovrebbe ricevere adeguate informazioni sulle strutture che possedano i requisiti individuati dalla rete. Il personale sanitario dovrebbe altresì confrontare il proprio operato con tali requisiti; così, per esempio, chirurghi operanti in piccole strutture e senza adeguata esperienza dovrebbero riferire pazienti bisognosi di cure complesse a Istituzioni più adeguate. L'esperienza maturata è dunque considerata elemento fondamentale per la garanzia di una buona assistenza; ciò non esclude, tuttavia, che servizi anche di piccole dimensioni che operino nel settore dell'oncologia medica potranno essere inseriti nella rete qualora siano dotati di tutti i collegamenti indispensabili a fronteggiare adeguatamente tutte le necessità del paziente oncologico nelle varie fasi della malattia.

Per ragioni di efficienza ed efficacia, le attrezzature e le attività di maggiore complessità dovrebbero essere collocate nelle strutture di alta specialità (Polo Oncologico e altre) con forte integrazione con gli altri servizi.

### **Adozione, divulgazione e verifica di linee guida**

#### *Background*

Nell'ambito del processo di realizzazione della rete oncologica regionale, è emersa la necessità di promuovere l'*Evidence based medicine* – “integrazione delle prove derivanti dalla migliore ricerca clinica con l'esperienza clinica e i valori dei pazienti” (Sackett, 2000) – quale strumento per garantire la qualità assistenziale, ridurre la variabilità della pratica clinica, e favorire l'appropriatezza dei trattamenti.

Le linee guida rappresentano raccomandazioni sviluppate in modo sistematico per assistere medici e/o pazienti nelle decisioni relative alle indicazioni di utilizzo di specifici interventi sanitari. Vi è ampio consenso che le linee guida di buona qualità metodologica debbano essere:

- a) sviluppate da un gruppo di lavoro multidisciplinare;
- b) basate su prove derivanti dalla ricerca sistematica della letteratura scientifica;
- c) dotate di livelli di prova e di forza graduata delle raccomandazioni.

A fronte della massiccia produzione di linee guida in ambito nazionale e internazionale, il trasferimento nella pratica medica delle raccomandazioni in esse contenute non è facilmente ottenibile. Numerosi fattori rendono infatti problematica l'applicazione locale delle linee guida.

Diviene quindi indispensabile accompagnare l'adozione delle linee guida con interventi multipli e concertati di implementazione, in grado di superare le barriere al cambiamento.

Relativamente alla promozione della qualità nell'assistenza oncologica attraverso l'uso di linee guida, il Coordinamento della Rete Oncologica dovrà: a) identificare le aree prioritarie per lo sviluppo/adozione di linee guida; b) definire idonei meccanismi di produzione e di implementazione per assicurarne la disponibilità e l'utilizzo.

- a) Le priorità possono essere stabilite in base al carico di malattia nella popolazione, ai dati di incidenza, prevalenza e mortalità, e all'impatto assistenziale delle patologie, in accordo anche alle indicazioni del Manuale Metodologico PNLG (2002).
- b) Per la produzione-implementazione di linee guida è bene collegarsi ad altre iniziative italiane (Sistema Nazionale Linee Guida, CPO di Torino) per lo sviluppo e l'accreditamento di linee guida in campo oncologico e orientarsi verso l'adozione di linee guida di elevata qualità metodologica, nazionali o internazionali, previa valutazione comparativa delle linee guida esistenti utilizzando lo strumento AGREE (*Appraisal of guidelines research and evaluation*).

Per alcuni problemi specifici sarà necessario lo sviluppo di documenti "rapidi" di *technology assessment* riguardanti farmaci oncologici, inclusi i biologici, e procedure innovative. Tale sviluppo di documenti rapidi è quanto mai necessario per la velocità di diffusione di terapie che non hanno un *corpus* di studi clinici tale da permettere revisioni sistematiche attendibili della letteratura. Quindi, a fronte dell'uso incontrollato, la Rete dovrà operare per produrre orientamenti rapidi e rigorosi scientificamente, pur in assenza di prove certe di efficacia.

L'implementazione delle linee guida dovrà essere molto accurata, utilizzando interventi combinati ad approccio molteplice (macro, meso, micro) per diffondere le raccomandazioni delle linee guida (tra cui: pubblicazione su internet e a stampa, invii postali, presentazioni e incontri di formazione);

L'operazione va completata con la valutazione dell'impatto della linea guida sulla pratica clinica tramite indicatori di *compliance* e di *audit* clinico, da rilevare a livello aziendale e/o regionale.

## **p) Formazione**

Il Coordinamento della Rete e i Coordinamenti dei Dipartimenti Oncologici definiscono anche i piani di formazione del personale. Tali piani devono essere uno degli strumenti sui quali si costruisce la garanzia di qualità di tutti i punti della rete. Dovranno perciò essere privilegiate iniziative formative dedicate agli operatori dei centri più periferici per il raggiungimento di competenze sufficienti per adempiere adeguatamente alle funzioni di servizio della rete.

È raccomandato l'uso della formazione sul campo e di iniziative di audit.

È raccomandata la diffusione della cultura di rete ed è indispensabile che in tempi stretti divenga patrimonio comune il lavoro strutturato con logiche transmurale e interaziendali.

È raccomandata la diffusione tempestiva delle novità scientifiche del settore, anche attraverso l'identificazione di gruppi di professionisti incaricati di curare l'aggiornamento scientifico per conto del Dipartimento e di organizzarne la diffusione.



Poiché una figura chiave di questa nuova forma di assistenza in rete è il Case manager o Referente per la continuità assistenziale, che non va considerata come nuovo profilo professionale che si sovrappone all'esistente, ma come coerente cambiamento da un lavoro per compiti ad uno per obiettivi da parte dei responsabili dell'assistenza, occorre prevedere importanti iniziative di formazione degli operatori che andranno a svolgere queste funzioni.

Affinché siano introdotte modalità operative coerenti con la logica della rete occorre investire risorse destinate alla formazione di professionisti capaci di svolgere un ruolo:

- di educazione verso il paziente e la famiglia (care giver), avendo cura di perseguire obiettivi quali la progressiva riduzione della dipendenza, la crescita di responsabilità, la consapevolezza della propria malattia, la collaborazione con gli operatori e anche il coinvolgimento del paziente e dei familiari nella gestione a domicilio di dispositivi medico-chirurgici;
- di sostegno verso i reparti non oncologici che accolgono ugualmente questa tipologia di pazienti, in qualità di operatori rispetto al malato e di formatori nei confronti di altri professionisti;
- di intermediari e garanti fra il paziente e le strutture extraospedaliere al momento della dimissione.

Gli interventi formativi dovranno avere adeguata consistenza ed è importante prevedere anche l'organizzazione di master universitari per la formazione di queste figure.

**Allegato 1. H**  
**RETE ASSISTENZIALE DELLE MALATTIE INFETTIVE**

## Premessa

Nella Regione Lazio, come del resto nel Paese nel suo insieme, le Malattie Infettive continuano a rappresentare un problema significativo per la salute dei cittadini. Da una parte permane il problema legato a patologie che hanno dominato il quadro epidemiologico dell'ultima parte del XX secolo, come ad esempio le epatopatie virali, l'infezione da HIV, le infezioni del tratto digerente e del sistema nervoso centrale; dall'altro aumenta il problema delle infezioni da germi multi resistenti, inclusa la tubercolosi farmaco resistente, e delle infezioni associate all'assistenza sanitaria. Infine, va considerato il problema dell'emergenza di nuovi agenti infettivi, favorito fra l'altro da fenomeni quali la facilitata mobilità internazionale e il rischio concreto di un uso terroristico di agenti infettivi, che se da un lato non rappresentano allo stato un problema assistenziale rilevante, costituiscono un fenomeno di grave allarme sociale e possono rappresentare nel futuro un rischio grave per la salute collettiva.

L'assistenza ai pazienti con malattie da infezione presenta aspetti diversi che richiedono, nell'affrontarle articolate strategie di intervento .

Infatti, l'assistenza per le patologie da infezione nella Regione presenta aspetti diversi. In primo luogo vanno segnalate le patologie che vengono assistite in maggioranza o in larga parte direttamente nelle UO di malattie infettive: tra questa le infezioni da HIV, le infezioni del SNC o dell'apparato digerente, la tubercolosi.

Un secondo gruppo di patologie da infezione è invece assistito per lo più in altri reparti. Ad esempio considerando solo la diagnosi principale di dimissione, si osserva come i ricoveri per malattie batteriche (cod 030-041) sono effettuati per oltre la metà in reparti di medicina generale e solo per un quarto dalle UO di malattie infettive. I pazienti con infezioni associate all'assistenza sanitaria sono per lo più curati nell'ambito di reparti di chirurgia o di diverse specialità mediche e chirurgiche ed in unità di terapia intensiva.

Infine, esiste nell'ambito delle malattie infettive un problema peculiare legato alla identificazione tempestiva ed all'isolamento di pazienti che presentano o potrebbero presentare patologie attualmente a bassa incidenza che hanno un'alta gravità clinica e/o un'elevata diffusività.

Le UO di Malattie Infettive della Regione Lazio sono in grado di erogare direttamente, a diversi livelli di complessità, prestazioni diagnostiche e terapeutiche a pazienti con patologie infettive, diffuse e non, a carico di vari organi ed apparati.

D'altra parte le UO di Malattie Infettive possono interagire con UO di diverse discipline mediche e chirurgiche portando la propria specifica competenza nella diagnosi e nella terapia di patologie ad eziologia microbica e collaborare alla definizione/gestione di programmi aziendali/interaziendali per il controllo delle infezioni ospedaliere e di politica per il corretto utilizzo ospedaliero degli antibiotici e degli antivirali.

Inoltre queste UO possono costituire una rete capace di identificare precocemente casi sospetti, di definire la diagnosi eziologica ed il modello di assistenza ai pazienti con patologie infettive ad alta pericolosità e la pianificazione e gestione di interventi di prevenzione in contatti ed esposti. La rete delle UO di malattie infettive del Lazio è costituita da UO presso il Policlinico Umberto I, il Policlinico Gemelli, il Policlinico di Tor Vergata, l'Ospedale S.Andrea, presidi ospedalieri delle ASL provinciali di Rieti, Latina, Viterbo e Frosinone, oltre l'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani (INMI), Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) monospécialistico, dotato di circa 250 letti in stanze di degenza ordinaria tutti a pressione negativa (selettivamente convertibili a pressione positiva), dell'unico

laboratorio attivo ed autorizzato del Paese di livello di biosicurezza 4, di 5 laboratori di livello 3 e di una banca criogenica in bio-contenimento, ed ha in corso di completamento una nuova Unità di Alto Isolamento, dotata di 10 letti di altissimo isolamento e di 20 letti di alto isolamento, oltre ad un nuovo laboratorio di livello di biosicurezza 4 e di un laboratorio di livello 3.

Inoltre, presso l'Ospedale Bambino Gesù sono presenti UO di malattie infettive pediatriche.

### **La filosofia della rete di Malattie Infettive**

Lo sviluppo di una rete dei reparti di malattie infettive appare indispensabile per potere sviluppare le grandi potenzialità esistenti nella Regione Lazio.

La configurazione delle reti assistenziali e la collaborazione tra ospedali è finalizzata ad assicurare che gli utenti abbiano accesso ad un ampio ventaglio di servizi specialistici variamente localizzati.

In quest'ottica, le UU. OO. di Malattie Infettive degli ospedali della Regione Lazio dovranno essere organizzati in rete per erogare ai pazienti assistenza di qualità quanto più possibile a livello locale, salvaguardando la necessaria integrazione dei servizi di diagnosi e cura all'interno del singolo ospedale, tenendo conto degli indici di fabbisogno di posti letto per unità di popolazione, e altre variabili geografiche demografiche e sociali.

La riorganizzazione in rete dei Reparti di Malattie deve tener conto delle seguenti fasi:

- adeguamento di risorse assistenziali in termini di personale, reparti, posti letto e loro distribuzione, tecnologie diagnostiche;
- valutazione dell'assistenza erogata in termini di appropriatezza, efficienza ed esito;
- definizione degli elementi della rete (centri di riferimento e centri periferici; bacini d'utenza) e identificazione dei centri e dei percorsi organizzativo-assistenziali e dei servizi, in modo che siano identificati i centri di Malattie Infettive con le caratteristiche di Spoke e quelli con caratteristiche di Hub di riferimento, prevedendo modalità di comunicazione stabili e continuative;
- predisposizione e implementazione di protocolli operativi in grado di contestualizzare ed armonizzare a livello territoriale i Percorsi Clinico Assistenziali collegati all'emergenza/urgenza in Malattie Infettive;
- collegamento funzionale con le strutture appartenenti ai distretti sanitari di base; consultori familiari e servizi di igiene pubblica e di medicina preventiva; servizi per le malattie a trasmissione sessuale; servizi per l'assistenza ai tossicodipendenti; altri servizi che siano stati costituiti in rapporto a specifiche esigenze sanitarie di gruppi di popolazione individuati dalla Regione (presidi territoriali di prossimità, strutture di lungodegenza post-acuzie, centri di ospedalizzazione ed assistenza domiciliare, RSA, centri di riabilitazione, poliambulatori, centri di assistenza diurna, ecc.);
- coordinamento con la rete pediatrica per la gestione delle malattie infettive pediatriche.

Pertanto, la determinazione dei posti letto della rete risponde a criteri quali-quantitativi, classificando i centri clinici di Malattie Infettive oltre che per dotazione di posti-letto anche per livelli di complessità assistenziale, disponibilità/accesso a tecnologie innovative, intensità delle cure erogate.

Su queste basi sono definiti tre livelli:

**-livello I:** centro clinico di Malattie Infettive, facente parte di presidio ospedaliero di Azienda ASL integrato e collegato con i servizi territoriali della stessa Azienda Sanitaria;

**-livello II:** centro clinico di Malattie Infettive ad elevata specializzazione ubicato in Policlinici Universitari o IRCCS;

**-livello III:** struttura di malattie infettive ubicata presso l'IRCCS Lazzaro Spallanzani con funzione di coordinamento della Rete e centro clinico di Malattie Infettive di elevata specializzazione, a cui sono affidati in modo esclusivo anche specifici compiti diagnostico-assistenziali per determinate patologie infettive, incluse quelle ad elevata pericolosità/trasmissibilità che possono determinare allarme sociale e rappresentare un rischio grave per la salute collettiva. In particolare, la gestione di pazienti affetti da tali patologie, fortunatamente poco frequenti, comporta che un limitato numero di strutture e di professionisti siano dotati di tecnologie ed esperienza adeguate ad un efficiente controllo, isolamento, diagnosi e trattamento.

### **Organizzazione dell'assistenza per le Malattie Infettive nella Regione Lazio**

Le strutture di Malattie Infettive devono integrarsi tra loro e funzionalmente con il sistema regionale dell'emergenza, basandosi sulle indicazioni riportate nel documento riguardante il percorso clinico assistenziale per la gestione del paziente e di quelle riportate nel protocollo organizzativo per il trasferimento del paziente critico nella rete.

Al fine di poter governare le relazioni funzionali tra le diverse articolazioni della rete (livelli I, II e III), sarà identificato per ogni azienda sanitaria un referente aziendale per le Malattie Infettive, ed i centri Hub dovranno definire, in accordo con i centri Spoke, le modalità di selezione dei pazienti da trattare.

Le caratteristiche che ciascun centro dedicato (Hub e Spoke) deve possedere per garantire la corretta funzionalità delle strutture all'interno della rete vengono di seguito riportate.

### **Centro Spoke – Unità di I livello**

#### Unità di I livello

E' un reparto deputato alla gestione di pazienti con patologia infettiva che provengono dal bacino naturale di afferenza, con modalità autonoma o con trasporto urgente mediante mezzi del 118.

L'Unità di I livello deve garantire:

-diagnosi clinico-strumentale, anche in regime di urgenza, attraverso la definizione dell'etiologia e della gravità della malattia;

-attuazione dei provvedimenti terapeutici più adeguati per la gestione della fase acuta;

-trasferimento al livello superiore di cure (Livello II) dei pazienti che dovessero presentare condizioni cliniche di criticità, secondo accordi condivisi con l'Unità di II livello di riferimento.

I requisiti per ottemperare alle funzioni di cui al punto precedente sono:

-pronto accesso H12 a procedure diagnostiche e terapeutiche anche presso strutture esterne previa definizione di un modello;

-utilizzo di procedure e protocolli diagnostico-terapeutici condivisi e concordate con l'Unità di livello II di riferimento territoriale.

## **Centro Hub – Unità di II livello**

### Unità II livello

È un reparto specializzato nella cura di pazienti che presentano particolari complessità/criticità assistenziali.

I pazienti con tale patologia provengono dal bacino naturale di afferenza, con modalità autonoma o con trasporto urgente mediante mezzi del 118 e dagli altri ospedali sede di centro clinico Spoke del territorio di competenza.

L'Unità di II livello deve garantire, oltre a quanto già previsto per il I livello:

- attivazione di rapporti stretti di collaborazione e di pronta reperibilità con uno o più DEA di riferimento;
- accesso rapido e preferenziale, durante l'intero arco delle 24 ore, secondo protocolli definiti, alle procedure diagnostiche e terapeutiche;
- utilizzo di procedure e protocolli diagnostico-terapeutici condivisi e concordati con gli altri centri della rete per la gestione del paziente, basati sulle evidenze;
- offrire consulenza sulla gestione dei pazienti e opportunità di aggiornamento professionale e formazione specifica agli operatori sanitari delle strutture ospedaliere della rete sede di Spoke.

## **Centro Hub – Unità di III livello**

L'INMI, in virtù del suo ruolo di riferimento nazionale e Centro Collaboratore dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la gestione clinica, la diagnosi, la risposta e la formazione sulle malattie infettive ad elevata pericolosità, è identificato quale struttura di III livello con funzioni di coordinamento della rete, centro clinico di Malattie Infettive di elevata specializzazione e di unico Centro Regionale per le Emergenze Biologiche.

Il Centro di III Livello deve garantire:

- il coordinamento delle attività della rete e la corretta gestione delle patologie infettive in pazienti ricoverati in strutture in cui non sono presenti unità di I e II livello;
- la collaborazione con il PS/DEA per la corretta individuazione e selezione dei casi che necessitano di trasferimento al Centro di III livello;
- la risposta a specifiche e particolari necessità diagnostiche, che non possono essere soddisfatte in ambito locale ed il riferimento di casi ai Centri di I e II livello territorialmente competenti;
- Il trasporto in alto biocontenimento di pazienti affetti, o sospettati di essere affetti, da patologie altamente contagiose.

## **2-II modello organizzativo della Rete di Malattie Infettive**

Il principio operativo di centralizzazione permette non solo di concentrare patologie infettive in sedi qualificate ed in possesso di idonee conoscenze e competenze, ma anche gli strumenti e le tecnologie necessarie

Il Centro di II livello, per il suo ruolo specialistico, deve sempre avere a disposizione letti in area critica per accettare i pazienti provenienti dai Centri di I livello, che richiedano il trasferimento per competenza. È quindi indispensabile che vengano predisposti protocolli concordati di trasferimento in uscita dalle terapie intensive e sub-intensive collegati ai Centri Clinici di Malattie Infettive per i pazienti che hanno superato la fase acuta e che necessitano di trattamenti erogabili anche in sedi diverse dal Centro Clinico di I livello.

Le strutture assistenziali dedicate della rete sono dislocate sul territorio in modo da ottimizzare le connessioni funzionali tra ospedali periferici e centri di riferimento, condividendo protocolli di trasferimento e percorsi clinico-assistenziali.

### **Aree di afferenza per i Centri Malattie Infettive di elevata specializzazione (II livello)**

I criteri per la definizione delle aree di afferenza sono basati su: volumi di attività delle strutture ospedaliere per patologia; numerosità della popolazione residente; localizzazione geografica; viabilità e vicinanza a strade ad alta percorrenza; dislocazione delle elisuperfici, capacità operativa H24.

In deroga alle aree di afferenza così definite, saranno fatti salvi specifici accordi consolidati tra Aziende Sanitarie del Lazio formalizzati dalla Regione che risultino compatibili con la programmazione complessiva della rete.

### **I Dipartimenti interaziendali di Malattie Infettive**

La rete di malattie infettive si basa su un modello Hub e Spoke, in cui i Dipartimenti svolgono tendenzialmente entrambe le funzioni, attraverso strutture di primo livello (Spoke) e centri di elevata alta specializzazione (Hub), garantendo la prossimità delle cure (tramite gli Spoke) e, ove necessario, assicurando funzioni diagnostiche e terapeutiche di alto livello con il centro Hub.

Il Dipartimento interaziendale di Malattie Infettive è identificato come asse portante della Rete, ed è una struttura funzionale interaziendale e transmurale che integra tutte le attività ospedaliere e territoriali che garantiscono l'assistenza al paziente con patologia infettiva, e individua e garantisce l'implementazione dei percorsi diagnostico-terapeutici per ogni paziente in accordo con le linee guida regionali.

Il Dipartimento è riferito ad un dato territorio regionale di riferimento ed è costituito da tutte le strutture (Presidi ospedalieri, Aziende ospedaliere, Aziende universitarie, IRCCS, Centri di Riferimento AIDS, Unità di Trattamento a Domicilio, unità di Assistenza domiciliare, Hospice) presenti nell'area geografica di pertinenza coinvolte nel processo di cura, assistenza, riabilitazione, ed è strettamente collegato con servizi territoriali di prevenzione primaria e secondaria ed i MMG.

Tutte le Aziende Sanitarie coinvolte (ASL, Aziende ospedaliere, Aziende universitarie, IRCCS) concorrono, nella specificità propria del ruolo e dei compiti di ciascuna, allo sviluppo e al funzionamento della rete attraverso una programmazione interaziendale.

Tale programmazione, che include l'organizzazione delle competenze e dei rapporti fra le strutture coinvolte nei singoli Dipartimenti, viene definita da un Piano Organizzativo di Dipartimento che ogni Dipartimento definisce sulla base di Lineeguida emanate dall'ASP e dal Centro Clinico Coordinatore.

In tali Piani vanno definite le strutture che fanno parte dei Dipartimenti sia di primo che di secondo livello, l'organizzazione dei rapporti reciproci, la suddivisione delle competenze, gli eventuali centri Hub specialistici

### **Le funzioni di Coordinamento della rete di Malattie infettive**

Il coordinamento della rete di malattie infettive è affidato all'INMI. La sorveglianza del perseguimento degli indirizzi strategici e le verifiche periodiche sul grado di raggiungimento degli obiettivi prefissati sono affidate a Laziosanità-Agenzia di Sanità Pubblica.

I compiti specifici del coordinamento sono individuati come segue:

- definizione, divulgazione e verifica di linee guida per l'organizzazione dei Dipartimenti Interaziendali di Malattie Infettive;
- definizione dei requisiti per le strutture idonee a far parte dei dipartimenti interaziendali di Malattie Infettive;
- coordinamento e sorveglianza delle attività e dei compiti assistenziali affidati ai Dipartimenti interaziendali di Malattie Infettive, che sono in ogni caso caratterizzati da piena autonomia funzionale, ad eccezione per le specifiche patologie affidate in via esclusiva al Centro Hub di III livello.

### **Le funzioni e compiti attribuiti in via esclusiva al Centro di III livello**

Oltre a quanto già in precedenza definito per il Centro di III livello sono attribuite funzioni specialistiche per particolari patologie infettive (malattie emergenti, da rilascio intenzionale di agenti biologici, infezioni nei trapianti di organo solido, infezioni associate a procedure assistenziali, diagnostica avanzata in alto biocontenimento) per le quali è identificato come struttura centrale regionale con funzioni di Hub.

Le funzioni vanno ad integrare quelle già previste da specifici atti del governo regionale (DGR del Lazio n. 4260/1998, 8358/88, 2550/1992, 169/2001, 20/2005, 42/2007, 159/2007, 302/2008DGR e DCR n. 992/1994), nonché quelle definite ai sensi della deliberazione della DGR del Lazio n.339 del 18/03/2005 in tema di diagnostica speciale per patogeni emergenti, emergenze biologiche, trattamento delle patologie neurologiche correlate alla malattia da HIV/AIDS, tubercolosi multiresistente, integrazione ospedale-territorio per il trattamento della tubercolosi.

In relazione alle funzioni e ai compiti specialistici svolti vengono previsti piani di ripartizione delle risorse con uno specifico finanziamento a funzione.

Per l'attuazione degli interventi previsti dal presente PSR, il Centro di III livello: fornisce a Laziosanità-ASP, negli ambiti di cui alle aree precipue di attività, conoscenze e competenze utili allo svolgimento delle funzioni, collabora a progettazione, sviluppo e valutazione degli interventi; svolge funzioni di indirizzo e coordinamento delle attività di presa in carico, gestione e controllo delle malattie infettive/infezioni alle Aziende ed ai soggetti accreditati del SSR della Regione Lazio; gestisce e mette a disposizione della rete una Biobanca dedicata alla raccolta di materiali biologici per le malattie infettive. Tale Banca, istituita con la finalità di supportare le attività diagnostiche per la sicurezza infettivologica dei trapianti (DGR 159/2007) ed integrata nella rete nazionale ed europea dei centri di risorse biologiche, anche a livello regionale dovrà coordinarsi con le banche di tessuto previste in ambito oncologico. Essa costituisce un'importante risorsa per l'intera rete delle malattie infettive ed ha il fine di raccogliere materiale biologico raro utilizzabile per la messa a punto di controlli di qualità, di raccogliere materiali biologici per la validazione o messa a punto di metodi diagnostici non commerciali e di supportare le attività di ricerca applicata della network.



## **ALLEGATO 2**

**Linee di indirizzo per la riproposizione e approvazione dei nuovi atti aziendali a seguito della sospensione dei precedenti ai sensi dell'art.1, comma 66, lett. a) della L.R. 14/2008**

Con l'individuazione degli standard minimi di seguito elencati che giustificano l'esistenza delle strutture complesse e semplici è possibile concentrare le dotazioni di personale facendo venire meno le gravi carenze attualmente lamentate e garantire la presenza attiva nelle strutture h 12 e h 24 secondo le necessità. Inoltre è noto che nella gran parte delle attività sanitarie la quantità è anche fonte di maggiore manualità, conoscenze e quindi qualità.

Contestualmente i Direttori generali, con i propri atti aziendali, da sottoporre all'esame della Regione, dovranno procedere alla riorganizzazione interna con piena applicazione del modello dipartimentale eliminando le duplicazioni e la proliferazione di unità non necessarie, sia complesse che semplici e, tra queste ultime, quelle a valenza dipartimentale.

### **Dipartimenti**

L'istituzione, il mantenimento, la composizione e la riconversione del Dipartimento è stabilita in coerenza con due categorie di criteri:

- a. criteri la cui definizione è direttamente riferibile alla normativa vigente (esempio dipartimento prevenzione);
- b. criteri individuati dal presente atto e cioè:
  - i. provata disponibilità di un volume significativo e gestionale di risorse umane, materiali, economiche (condizione essenziale per negoziare e gestire il budget in modo utile e produttivo);
  - ii. presenza di un numero di unità operative complesse non inferiore a 4 e non superiore a 15 (condizione vincolante il buon funzionamento degli organi dipartimentale e dimensione ritenuta adeguata per lo sviluppo efficace delle procedure di negoziazione del budget di dipartimento);
  - iii. attribuzione specifica e inequivocabile dei fattori produttivi alle UOC afferenti al Dipartimento;
  - iv. presenza di contesti organizzativi tipici (sale operatorie, servizi e apparati diagnostici, ambulatori, i servizi territoriali ecc.);
  - v. dotazione di posti letto, servizi e/o attività congrua e funzionale al dimensionamento efficiente delle strutture;

### **Ambito Ospedaliero per le strutture sanitarie**

**I criteri e i parametri da utilizzare per la costituzione, il mantenimento e la riconversione delle UOC sono i seguenti:**

#### **I) Criteri di ordine prioritario:**

- a. congrua dotazione di risorse professionali, operative e organizzative, rispetto alla necessità di contare su una massa critica adatta quali - quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi;
- b. quantità e qualità adeguate delle performance realizzate sul piano del trattamento diagnostico, terapeutico e riabilitativo dei pazienti, nonché di quelle garantite da servizi sanitari specialistici specifici che agiscono da supporto alle attività sanitarie in funzione del conseguimento di idonei livelli di valorizzazione economica del prodotto reso disponibile.

#### **II) Criteri ulteriori**

Ai fini dell'accertamento della congruità delle risorse di cui al punto b. e a garanzia:

- della ottimizzazione delle attività (volume e tipologia);

- della appropriatezza delle modalità di conduzione delle pratiche cliniche e assistenziali e di organizzazione delle risorse in dotazione;
- del mantenimento di adeguati volumi di attività tramite il contenimento della degenza, il livello di utilizzazione delle sale operatorie, dei servizi ambulatoriali e dei laboratori di diagnostica, e la conseguente realizzazione dei medesimi livelli di outcome/output pur riducendo la quantità di risorse (posti letto, sedute operatorie, spazi ambulatoriali, strumenti diagnostici, ecc.) utilizzata;
- della possibilità di stabilire in primo luogo se le attuali UOC, individuate in precedenza, abbiano le caratteristiche per mantenere la condizione di struttura complessa o meno, sono definiti i seguenti ulteriori parametri:

**a. Parametri generali**

**- Dotazione di risorse umane**

Ogni UOC deve poter contare sulla presenza in organico di un minimo di 3 dirigenti, oltre al Direttore.

**- Rapporto tra spese sostenute per il funzionamento e ricavi conseguiti**

Posto che obiettivo irrinunciabile di ogni articolazione organizzativa delle Aziende è l'erogazione di prestazioni sanitarie diagnostiche e/o terapeutiche, in regime di ricovero ordinario, di ricovero a ciclo diurno e/o ambulatoriale, realizzate in modo virtuoso (ovvero in coerenza con criteri di efficacia, di appropriatezza, di razionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e aziendale, nonché di essenzialità) e in quantità tale da consentire il miglior grado di saturazione delle risorse consumate, ogni UOC deve realizzare, attraverso i ricavi annui maturati, una copertura della spesa sostenuta per il suo funzionamento congrua rispetto alla necessità, certificata dal DG, di raggiungere l'equilibrio di bilancio o il disavanzo concordato con la Regione.

**- Attività diagnostiche e terapeutiche**

Di norma, ogni UOC deve essere dotata di un'area a livello della quale sia possibile erogare prestazioni ambulatoriali di natura diagnostica clinica e strumentale e di natura terapeutica o riabilitativa in misura tale da:

- i. contribuire al contenimento dei tempi di attesa entro i limiti stabiliti in sede regionale e/o nazionale;
- ii. mantenere il volume di attività allineato con il criterio che prevede che le prestazioni erogate in regime libero-professionale per ciascuna tipologia, non possono superare il 50% di quelle erogate in regime istituzionale;
- iii. contribuire all'appropriatezza prescrittiva e al contenimento della spesa sia di farmaci che di dispositivi medici.

**b. Parametri specifici**

Ai fini della valutazione della attività in termini di complessità della casistica trattata e di efficienza operativa della struttura, si provvederà alla pubblicazione, per ciascuna disciplina e per ciascuna UOC, di indicatori comparativi di performance che tengono conto tanto della complessità dei casi trattati quanto dell'efficienza operativa.

Sulla base della lettura integrata di questi indici - confrontati con lo standard regionale e considerate le serie storiche - si definiranno i gradi di scostamento dei singoli reparti dagli standard di complessità ed efficienza.

### **c. Parametri specifici validi per le UOC con esclusive funzioni diagnostiche**

#### **- Principi generali**

Sono riconosciute come UOC le articolazioni organizzative con esclusive funzioni diagnostiche che mostrano dotazioni strumentali di eccellenza, che sono il risultato di un processo di concentrazione delle strutture finalizzato all'eliminazione delle ridondanze e all'ottimizzazione dei livelli di saturazione delle apparecchiature, che sono connotate da caratteristiche operative adeguate e da modalità accettabili di interrelazione con gli utenti.

Inoltre è ammessa l'istituzione di UOC solamente nel caso in cui si configuri la capacità di sviluppare volumi di attività per tutto il complesso ospedaliero e/o territoriale, oltre a volumi adeguati di attività per i pazienti ambulatoriali, mentre, in tutti gli altri casi, è consentita unicamente l'istituzione di UOD o UOS.

#### **- Attività dirette a pazienti ricoverati e ambulatoriali**

Ogni UOC:

- i. deve erogare prestazioni a pazienti ricoverati e a pazienti ambulatoriali in modo da consentire di contenere i tempi di esecuzione e di risposta entro termini concordati utili per l'ottimale sviluppo delle politiche cliniche e assistenziali, per la conclusione tempestiva delle attività svolte regime di degenza ordinaria o a ciclo diurno, per la conservazione di margini operativi calibrati sul parametro H12;
- ii. deve garantire, per quanto concerne l'attività destinata ai pazienti ambulatoriali, l'erogazione di tipologie e quantità di prestazioni in modo tale da contribuire al contenimento dei tempi di attesa entro i limiti stabiliti in sede regionale e/o nazionale, e mantenere il volume di attività allineato con criterio che prevede che le prestazioni erogate in regime istituzionale non siano in alcun caso inferiori al 50% della somma delle prestazioni totali erogate in regime istituzionale e libero-professionale;

L'istituzione *ex novo* di una UOC può avvenire nel caso in cui la Direzione Generale, sentito il parere del Direttore del Dipartimento ne ravvisi la valenza strategica in riferimento a necessità di miglioramento della qualità dell'assistenza, a necessità di ottimizzazione dell'organizzazione, a necessità di adeguamento dell'efficienza del sistema.

La decisione di mantenere o sopprimere UOC già istituite è indipendente dalle motivazioni strategiche che ne hanno determinato l'istituzione ed è subordinata al persistere o meno di condizioni di adeguata performance assistenziale, nonché economica e organizzativa.

**I criteri e i parametri da utilizzare per la costituzione, il mantenimento e la conversione delle UOD sono i seguenti:**

- esistenza di una funzione assistenziale:
  - i. comprendente uno o più centri di costo e conseguentemente assegnataria delle risorse umane, strutturali, strumentali e materiali indispensabili per realizzare gli obiettivi di cui ai successivi punti;
  - ii. in grado di erogare autonomamente, in ambito medico o chirurgico o sanitario, generale o specialistico, servizi in regime di degenza ordinaria o a ciclo diurno, o servizi ambulatoriali, o mix complessi di prestazioni terapeutiche o di diagnostica strumentale incruenta e/o invasiva;
  - iii. strategicamente rilevante per il buon funzionamento del Dipartimento e delle UOC in esso comprese, senza sovrapposizione con le attività delle stesse;
  - iv. caratterizzata da performance quali – quantitativamente misurabili realizzate ai fini del trattamento diagnostico, terapeutico e riabilitativo dei pazienti, in funzione del conseguimento di idonei livelli di valorizzazione economica del prodotto reso disponibile:
    - esistenza di un operatore in possesso di requisiti definiti cui sia possibile attribuire la responsabilità della struttura nel rispetto della normativa;
    - dotazione organica di personale medico pari ad almeno 2 unità, oltre al Responsabile;
    - capacità di realizzare, attraverso i ricavi annui maturati, una copertura della spesa sostenuta per il suo funzionamento congrua rispetto alla necessità, certificata dal DG, di raggiungere l'equilibrio di bilancio o il disavanzo concordato con la Regione, analogamente a quanto previsto per l'UOC, posto che obiettivo irrinunciabile di ogni articolazione organizzativa è l'erogazione di prestazioni sanitarie diagnostiche e/o terapeutiche realizzate in coerenza con criteri di efficacia, di appropriatezza, di razionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e aziendale, nonché di essenzialità e in quantità tale da consentire il miglior grado di saturazione delle risorse consumate.

L'istituzione *ex novo* di una UOD può avvenire nel caso in cui la Direzione Generale, sentito il parere del Direttore del Dipartimento ne ravvisi la valenza strategica in riferimento a necessità di miglioramento della qualità dell'assistenza, a necessità di ottimizzazione dell'organizzazione, a necessità di adeguamento dell'efficienza del sistema.

In particolare, l'istituzione *ex novo* di una UOD è proposta:

- a. nel caso di strutture a cui sia richiesto di svolgere il ruolo di day division medica o chirurgica e di day service, in funzione del superamento delle situazioni frequentemente osservate di frammentazione operativa e organizzativa che comportano utilizzazione inefficiente di risorse;
- b. nel caso di strutture a cui sia richiesto di svolgere il ruolo di ordinatore dell'afflusso di pazienti ricoverati in condizioni di urgenza e destinati a UOC in cui la mescolanza di pazienti ricoverati in elezione e di pazienti acuti è causa di inefficiente uso delle risorse;
- c. nel caso di strutture a cui sia richiesto di funzionare da elementi di continuità assistenziale per pazienti che necessitano di dimissione protetta e la cui lunga permanenza in UOC di elevata complessità operativa e organizzativa è causa di inefficiente uso delle risorse.

La decisione di mantenere o sopprimere UOD istituite *ex novo* secondo le modalità testé descritte è indipendente dalle motivazioni strategiche che ne hanno determinato l'istituzione ed è subordinata al persistere o meno di condizioni di adeguata performance assistenziale, nonché economica e organizzativa.

**I criteri e i parametri da utilizzare per la costituzione, il mantenimento e la conversione delle UOS sono i seguenti:**

- esistenza di una funzione assistenziale già precisamente e precedentemente configurata:
  - i. comprendente un centro di costo e conseguentemente assegnataria di risorse umane, strutturali, strumentali e materiali indispensabili per realizzare gli obiettivi di cui ai successivi punti;
  - ii. in grado di erogare, in ambito medico o chirurgico o sanitario, generale o specialistico, servizi in regime di degenza ordinaria o a ciclo diurno, o servizi ambulatoriali, o mix complessi di prestazioni terapeutiche o di diagnostica strumentale incruenta e/o invasiva o di natura specialistica specifica, sulla base di una delega ricevuta espressamente da Direttore della UOC di appartenenza;
  - iii. strategicamente rilevante per il buon funzionamento della UOC di appartenenza e, per il tramite di questa, del Dipartimento in cui essa è compresa;
  - iv. caratterizzata da performance quali - quantitativamente misurabili realizzate ai fini del trattamento diagnostico, terapeutico e riabilitativo dei pazienti, in funzione del conseguimento di idonei livelli di valorizzazione economica del prodotto reso disponibile;
  
- esistenza di un operatore in possesso di requisiti definiti cui sia possibile attribuire la responsabilità della struttura nel rispetto della normativa;
  
- organico formato da un minimo di 1 medico, oltre al Responsabile;
  
  
- capacità di realizzare, attraverso i ricavi annui maturati, una copertura della spesa sostenuta per il suo funzionamento congrua rispetto alla necessità, certificata dal DG, di raggiungere l'equilibrio di bilancio o il disavanzo concordato con la Regione, analogamente a quanto previsto per l'UOC, posto che obiettivo irrinunciabile di ogni articolazione organizzativa è l'erogazione di prestazioni sanitarie diagnostiche e/o terapeutiche e di natura specialistica specifica realizzate in coerenza con criteri di efficacia, di appropriatezza, di razionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e aziendale, nonché di essenzialità e in quantità tale da consentire il miglior grado di saturazione delle risorse consumate.

La decisione di mantenere o sopprimere UOS istituite *ex novo* secondo le modalità testé descritte non deve essere condizionata dalle motivazioni strategiche che ne hanno suggerito l'istituzione, e deve scaturire da

valutazioni oggettive inerenti il persistere o meno di condizioni di adeguata performance assistenziale, nonché economica e organizzativa.

### **Ambito Territoriale per le strutture sanitarie**

**I criteri e i parametri da utilizzare per la costituzione, il mantenimento e la riconversione delle UOC sono i seguenti:**

#### **I) Criteri di ordine prioritario:**

- a. rapporto UOC territoriali, con esclusione del dipartimento di prevenzione, ogni 100.000 abitanti non superiore a 3,5; per il dipartimento di prevenzione le UOC non potranno superare il n° di 6;
- b. congrua dotazione di risorse professionali, operative e organizzative, rispetto alla necessità di contare su una massa critica adatta quali - quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi;
- c. quantità e qualità adeguate delle performance realizzate sul piano della prevenzione, delle prestazioni medico-legali, del controllo della spesa farmaceutica convenzionata, del trattamento diagnostico, terapeutico e riabilitativo degli utenti, in funzione del conseguimento di idonei livelli di valorizzazione economica del prodotto reso disponibile ove previsto.

#### **II) Criteri ulteriori**

Ai fini dell'accertamento della congruità delle risorse di cui al punto b. e a garanzia:

- della ottimizzazione delle attività (volume e tipologia);
- della appropriatezza delle modalità di conduzione delle pratiche preventive, medico-legali, cliniche e assistenziali e di organizzazione delle risorse in dotazione nonché di controllo della spesa farmaceutica convenzionata ;
- del mantenimento di adeguati volumi di attività;
- della possibilità di stabilire in primo luogo se le attuali UOC, individuate in precedenza, abbiano le caratteristiche per mantenere la condizione di struttura complessa o meno,

sono definiti i seguenti ulteriori parametri:

##### **a. Parametri generali**

###### **- Dotazione di risorse umane**

Ogni UOC deve poter contare sulla presenza in organico di un minimo di 3 dirigenti, oltre al Direttore.

###### **- Attività preventive, territoriali, medico-legali, ambulatoriali diagnostiche e terapeutiche e specialistiche specifiche**

Di norma, ogni UOC deve essere dotata di un'area a livello della quale sia possibile erogare prestazioni di prevenzione, ambulatoriali di natura diagnostica clinica e strumentale, specialistiche specifiche, medico-legali e di natura terapeutica o riabilitativa in misura tale da:

- i. contribuire al contenimento dei tempi di attesa entro i limiti stabiliti in sede regionale e/o nazionale;
- ii. mantenere il volume di attività allineato con il criterio che prevede che le prestazioni erogate in regime libero-professionale per ciascuna tipologia, non possono superare il 50% di quelle erogate in regime istituzionale;
- iii. contribuire all'appropriatezza prescrittiva e al contenimento della spesa sia di farmaci che di dispositivi medici.

#### **b. Parametri specifici per le varie UOC territoriali**

##### **- UOC riferite alle attività materno- infantili**

Presenza di classi di età 0-14 in numero superiore al 14% sul totale della popolazione residente.

##### **- UOC riferite alle attività per la assistenza agli anziani**

Presenza di classi di età > a 65 anni in numero superiore al 20% sul totale della popolazione residente.

L'istituzione *ex novo* di una UOC può avvenire nel caso in cui la Direzione Generale, sentito il parere del Direttore del Dipartimento ne ravvisi la valenza strategica in riferimento a necessità di miglioramento della qualità dell'assistenza, a necessità di ottimizzazione dell'organizzazione, a necessità di adeguamento dell'efficienza del sistema.

La decisione di mantenere o sopprimere UOC già istituite è indipendente dalle motivazioni strategiche che ne hanno determinato l'istituzione ed è subordinata al persistere o meno di condizioni di adeguata performance assistenziale, nonché economica e organizzativa.

**I criteri e i parametri da utilizzare per la costituzione, il mantenimento e la conversione delle UOD sono i seguenti:**

- esistenza di una funzione:
  - a. comprendente uno o più centri di costo e conseguentemente assegnataria delle risorse umane, strutturali, strumentali e materiali indispensabili per realizzare gli obiettivi di cui ai successivi punti;
  - b. in grado di erogare autonomamente servizi sul territorio;
  - c. strategicamente rilevante per il buon funzionamento del Dipartimento e delle UOC in esso comprese, senza sovrapposizione con le attività delle stesse;
  - d. caratterizzata da performance quali – quantitativamente misurabili realizzate ai fini delle attività di prevenzione, medico-legali, di controllo della spesa farmaceutica convenzionata, del trattamento diagnostico, terapeutico e riabilitativo degli utenti, in funzione del conseguimento di idonei livelli di valorizzazione economica del prodotto reso disponibile, ove previsto;



- e. esistenza di un operatore in possesso dei requisiti definiti cui sia possibile affidare la responsabilità della struttura nel rispetto della normativa;
- f. dotazione organica di personale medico pari ad almeno 2 unità, oltre al Responsabile;

L'istituzione *ex novo* di una UOD può avvenire nel caso in cui la Direzione Generale, sentito il parere del Direttore del Dipartimento ne ravvisi la valenza strategica in riferimento a necessità di miglioramento nella erogazione dei LEA, a necessità di ottimizzazione dell'organizzazione, a necessità di adeguamento dell'efficienza del sistema.

La decisione di mantenere o sopprimere UOD istituite *ex novo* secondo le modalità testé descritte è indipendente dalle motivazioni strategiche che ne hanno determinato l'istituzione ed è subordinata al persistere o meno di condizioni di adeguata performance nell'erogazione dei servizi, nonché economica e organizzativa.

**I criteri e i parametri da utilizzare per la costituzione, il mantenimento e la conversione delle UOS sono i seguenti:**

- esistenza di una funzione già precisamente e precedentemente configurata:
  - a. comprendente un centro di costo e conseguentemente assegnataria di risorse umane, strutturali, strumentali e materiali indispensabili per realizzare gli obiettivi di cui ai successivi punti;
  - b. in grado di erogare servizi sulla base di una delega ricevuta espressamente dal Direttore della UOC di appartenenza;
  - c. strategicamente rilevante per il buon funzionamento della UOC di appartenenza e, per il tramite di questa, del Dipartimento in cui essa è compresa;
  - d. caratterizzata da performance quali - quantitativamente misurabili;
  - e. esistenza di un operatore in possesso di requisiti definiti cui sia possibile attribuire la responsabilità della struttura nel rispetto della normativa;
  - f. organico formato da un minimo di 1 medico, oltre al Responsabile;

La decisione di mantenere, sopprimere o istituire *ex novo* UOS secondo le modalità testé descritte non deve essere condizionata dalle motivazioni strategiche che ne hanno suggerito l'istituzione, e deve scaturire da valutazioni oggettive inerenti il persistere o meno di condizioni di adeguata performance assistenziale, nonché economica e organizzativa.

**Ambito delle funzioni centrali della dirigenza delle professioni sanitarie, professionale, tecnica ed amministrativa**

**I criteri e i parametri da utilizzare per la costituzione, il mantenimento e la riconversione delle UOC sono i seguenti:**

### I) Criteri di ordine prioritario:

- a. rapporto UOC/dipendenti non superiore a 1 su 400;
- b. congrua dotazione di risorse professionali, operative e organizzative, rispetto alla necessità di contare su una massa critica adatta quali - quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi;
- c. quantità e qualità adeguate delle performance realizzate sul piano delle prestazioni.

### II) Criteri ulteriori

Ai fini dell'accertamento della congruità delle risorse di cui al punto b. e a garanzia:

- della ottimizzazione delle attività (volume e tipologia);
- della appropriatezza delle modalità di conduzione delle attività e delle risorse in dotazione;
- del mantenimento di adeguati volumi di attività;
- della possibilità di stabilire in primo luogo se le attuali UOC, individuate in precedenza, abbiano le caratteristiche per mantenere la condizione di struttura complessa o meno, è definito il seguente ulteriore parametro:

#### - Dotazione di risorse umane

Ogni UOC deve poter contare sulla presenza in organico di un minimo di 20 dipendenti, oltre al Direttore.

L'istituzione *ex novo* di una UOC può avvenire nel caso in cui la Direzione Generale, sentito il parere del Direttore Sanitario o Amministrativo ne ravvisi la valenza strategica in riferimento a necessità di miglioramento della qualità dell'assistenza edell'azione amministrativa, a necessità di ottimizzazione dell'organizzazione, a necessità di adeguamento dell'efficienza del sistema.

La decisione di mantenere o sopprimere UOC già istituite è indipendente dalle motivazioni strategiche che ne hanno determinato l'istituzione ed è subordinata al persistere o meno di condizioni di adeguata performance assistenziale, nonché amministrativa, economica e organizzativa.

**Allegato 3**  
**STRUMENTI**

## 1. Introduzione

Nella Parte IV "Strumenti" viene presentata una serie di temi inerenti al funzionamento del SSR che sono ritenuti di grande rilevanza per raggiungere gli obiettivi di salute e riequilibrare l'offerta dei servizi assistenziali alla luce dei principi e delle strategie individuati nel Piano.

Nel loro insieme, gli strumenti offrono un quadro sfaccettato, improntato alla molteplicità e orientato alla continuità assistenziale, alla presa in carico e al coinvolgimento attivo delle comunità nelle scelte per la salute.

Un particolare rilievo rivestono gli strumenti per la regolazione del sistema, che rispondono a quanto indicato dal comma 2 dell'art. 10 della Legge finanziaria regionale per il 2007. Di qui l'esplicito riferimento a: sistemi di finanziamento delle attività sanitarie, razionalizzazione del sistema gestionale, definizione degli ambiti territoriali delle ASL, adozione di sistemi centralizzati di controllo della spesa e definizione delle modalità di partecipazione dei cittadini e degli Enti locali nella programmazione sanitaria. Particolare attenzione è rivolta alla necessità di definire e sviluppare strumenti che consentano di ampliare il potere contrattuale e le capacità di governo delle Aziende sanitarie rispetto agli erogatori, pubblici e privati.

In questo ambito è anche trattato l'accreditamento istituzionale, vera chiave di volta per realizzare un sistema sanitario incentrato sulla qualità e sull'integrazione dei soggetti erogatori in un sistema di cura centrato sul cittadino. La Regione intende accelerare il percorso previsto dalla L.R. 3 marzo 2003, n. 4, per disciplinare e rendere pienamente operativi gli istituti dell'autorizzazione, dell'accreditamento e degli accordi contrattuali. Una riorganizzazione del SSR che preveda aree vaste di integrazione funzionale permetterà anche la realizzazione di accordi contrattuali in grado di garantire l'organizzazione in rete degli ospedali locali e l'impiego efficiente e sostenibile delle risorse del SSR.

La formazione assume un ruolo di importanza critica come strumento per realizzare il riequilibrio tra i due pilastri del sistema, quello ospedaliero caratterizzato da intensività e quello territoriale da estensività. Vi è infatti la necessità di promuovere programmi che favoriscano in particolare la riorganizzazione delle cure primarie e delle attività distrettuali presentate nel Piano.

Inoltre, lo sviluppo delle competenze e delle professionalità di tutto il personale del SSR sarà elemento fondamentale per i necessari cambiamenti del sistema, accompagnato da nuovi e innovativi sistemi di reclutamento, di premialità delle competenze e del disagio. Fondamentale risulterà lo sviluppo di premialità non solo economiche, in rapporto all'implementazione di modelli organizzativi flessibili, che andranno a determinarsi a livello aziendale, capaci di rispondere in maniera adeguata ai bisogni di vita e salute dei cittadini-utenti.

Anche il ruolo della ricerca, dei sistemi informativi e il contributo degli IRCCS e delle Università va letto nella prospettiva orientata ai grandi cambiamenti che il Piano ha in programma di realizzare nel prossimo triennio. L'elettismo metodologico e l'orientamento all'azione devono caratterizzare la ricerca nell'ambito del SSR, mentre i sistemi informativi

devono rappresentare il necessario supporto per garantire funzionalmente la realizzazione delle reti dei servizi, in particolare a livello delle cure primarie.

L'assistenza farmaceutica richiede interventi di razionalizzazione e di controllo della spesa tali da riposizionare il Lazio nel panorama nazionale tra le regioni più virtuose. In quest'ottica appare necessario far leva sulla distribuzione diretta dei farmaci nelle strutture sanitarie e sull'informazione indipendente in grado di promuovere l'efficienza della spesa e l'appropriatezza prescrittiva.

Infine la cooperazione allo sviluppo: pur in un quadro di ristrettezze finanziarie, il SSR non può prescindere da una strategia ad ampio raggio per la salute globale nella consapevolezza che gli investimenti nel settore non solo hanno elevato valore dal punto di vista etico e umanitario, ma hanno anche un forte potenziale nel migliorare la motivazione del personale e il capitale sociale nell'ambito del SSR, rappresentando un irrinunciabile valore simbolico per tutti gli operatori e i cittadini.

## 2. Strumenti per la regolazione del sistema

Nei paragrafi che seguono vengono identificate le misure da porre in essere per il raggiungimento degli obiettivi di salute, definiti sulla base dei bisogni, e, al tempo stesso, per riequilibrare l'offerta dei servizi assistenziali. Le manovre identificate sono volte principalmente all'utilizzo di meccanismi finanziari (economici), legislativi e regolatori.

Un Piano sanitario, in quanto strumento di programmazione, ha il dovere di evidenziare non solo le possibili soluzioni e aperture del sistema, ma anche, e soprattutto, di mettere in luce le criticità del sistema stesso. Fino ad oggi si è solo constatato quanto è stato speso, erogato, distribuito e, sulla base di tale valore "storico", è stato ripartito il Fondo sanitario regionale. In questo modo la programmazione economica abdica alla sua funzione di *volano* per una buona programmazione sanitaria. Specchio di questo appiattimento sulla spesa storica sono le quote con cui è stato ripartito il fondo sanitario negli anni passati e la cronica difficoltà ad abbassare la percentuale della spesa ospedaliera e farmaceutica (ben più alte della media nazionale) e a incrementare la percentuale dedicata alle attività del territorio e alla prevenzione.

Sebbene molti attriti e forze inerziali rendano difficile cambiare i criteri della ripartizione del fondo da "a posteriori" verso una logica "prospettica", il SSR deve studiare criteri e meccanismi per restituire capacità programmatoria all'erogazione del fondo sanitario, riuscendo a integrare: a) le "azioni positive per la salute" al fine di produrre ambienti e stili di vita favorevoli e ottenere risultati tangibili per la popolazione; b) la "modernizzazione" del sistema sanitario nel suo complesso; c) la "cultura" che i fondi che già si spendono possono essere meglio orientati e con maggiori risultati di salute; d) il "recupero" dei margini di efficienza connessi con livelli di integrazione organizzativa.

### 2.a Accredimento istituzionale

#### Il quadro di riferimento

Obiettivo di un Servizio sanitario regionale è fornire risposta ai bisogni di salute della popolazione; tale risposta è tanto più valida quanto più è efficace, sicura ed economicamente sostenibile. Il perseguimento di tali principi vede una solida base nel sistema di garanzie rappresentato dagli istituti indicati negli ultimi decenni dalla normativa nazionale: Autorizzazione, Accredimento, Accordi contrattuali. Il processo si completa attraverso un sistema di monitoraggio e controllo sulla definizione e sul rispetto degli accordi nonché sulla qualità dell'assistenza e sull'appropriatezza delle prestazioni rese.

Il sistema risponde a quello che ancora oggi è ritenuto l'approccio più completo per la qualificazione in sanità incentrato sul rapporto funzionale tra struttura, processo ed esito. Infatti, se le caratteristiche strutturali degli ambiti in cui hanno luogo le prestazioni tendono a influenzare la qualità dei processi assistenziali, ugualmente questi ultimi possono influenzare l'effetto dell'assistenza sullo stato di salute, inteso nella sua accezione più ampia. Da qui l'opportunità di strutturare un sistema finalizzato a garantire standard adeguati per tutti gli elementi implicati nel percorso assistenziale del paziente, dagli elementi di struttura, in senso stretto, fino alla valutazione degli esiti.

Un tale percorso rappresenta, sia per i cittadini che per i committenti, ma anche per gli erogatori, un sistema forte di garanzie, che si sostanzia: nella coerenza tra offerta assistenziale ed effettivo fabbisogno; nel possesso, da parte degli erogatori, di un livello predefinito di qualità, collegato all'adesione a requisiti di struttura e organizzativo-gestionali oltre che alla verifica delle attività svolte e dei risultati conseguiti; nel rispetto degli impegni reciprocamente assunti tra committente ed erogatore.

La definizione degli elementi di riferimento del sistema prende avvio con la D.G.R. n. 424 del 14 luglio 2006, che individua i requisiti autorizzativi, cui è seguito il Regolamento regionale 26 gennaio 2007, n. 2, relativo alle disposizioni per la verifica di compatibilità dell'offerta di attività sanitaria proposta con la programmazione regionale e per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio.

Allo stato attuale, un elemento di criticità è rappresentato dalla necessità che le strutture in esercizio, già precedentemente autorizzate, si adeguino ai requisiti della D.G.R. 424/06. A tal fine uno specifico provvedimento regionale, la D.G.R. n. 160 del 13 marzo 2007, insieme alla Circolare prot. 37627 4V/03 del 2 aprile 2007, pubblicata contestualmente, hanno definito modalità e termini per la valutazione dell'adesione ai requisiti e la conferma dell'autorizzazione. La normativa prevede un'attività di autovalutazione da parte delle strutture e l'acquisizione, attraverso Laziosanità-ASP, di dati funzionali allo sviluppo di un sistema informativo relativo alle caratteristiche organizzative e morfologico-strutturali dell'offerta sanitaria regionale. Questo consente di effettuare un vero censimento di tutte le strutture sanitarie regionali per l'attivazione di una banca dati, da cui ricavare le informazioni per l'inquadramento e il monitoraggio dello stato delle strutture e delle funzioni assistenziali, rispetto al percorso di qualificazione previsto, oltre che per il supporto a decisioni di tipo programmatico, comprese quelle relative agli investimenti economici.

Per quanto riguarda l'accreditamento, le esperienze internazionali e la loro applicazione a livello regionale nel nostro Paese dimostrano come questo rappresenti un sistema complesso e in continua evoluzione per il quale è necessario prevedere, inevitabilmente, tempi e risorse adeguate, utili per individuare gli elementi principali del processo, definire metodologie e predisporre specifici strumenti.

L'istituto dell'accreditamento rappresenta il livello di qualità che il Servizio sanitario regionale intende darsi ma, in quanto necessariamente collegato al livello qualitativo di partenza, non può che articolarsi in fasi progressive di qualificazione che, a partire dagli aspetti organizzativo-gestionali, comprendano indicatori di processo e di esito, e si spingano dall'accreditamento di funzioni all'accreditamento di programmi assistenziali. In questo senso la rilevazione dello stato dell'offerta assistenziale regionale rispetto ai requisiti autorizzativi e la stima delle risultanze relative alle azioni di adeguamento assumono una particolare rilevanza.

### **Il sistema regionale**

La Regione Lazio, con la D.G.R. n. 636 del 3 agosto 2007, individua un modello di accreditamento istituzionale e i requisiti di carattere generale, ulteriori rispetto agli autorizzativi, validi per tutte le tipologie di struttura.

L'accreditamento si configura come un sistema complesso di cui fanno parte molteplici elementi: i soggetti in causa (richiedente, organismo tecnico, concedente), l'oggetto dell'accreditamento, le procedure, i requisiti, gli strumenti.

Il processo prevede, da parte degli erogatori pubblici e privati, la richiesta formale – per ciascuna delle funzioni attive presso le proprie strutture – alla Regione che, sulla base di un apposito parere di accreditabilità fornito dall'ASP, conferisce l'accreditamento istituzionale.

L'ASP gestisce le diverse attività collegate all'istruttoria tecnica, avvalendosi di uno specifico organismo consultivo – il Board per l'accreditamento, costituito da rappresentanti di tutti i soggetti interessati al processo, tranne la parte regionale, a garanzia della massima terzietà possibile – e individuando di volta in volta, da un apposito Registro regionale, la composizione degli specifici team di verifica.

La valutazione esterna, relativa alla verifica sul campo dell'adesione ai requisiti, sarà condotta infatti da team di valutatori, professionisti operanti in ambito sanitario appositamente formati, che garantiscano una specifica competenza tecnica e per i quali siano poste in essere condizioni tali da assicurare imparzialità e trasparenza nelle valutazioni.

La qualificazione dei valutatori è riconosciuta da un organismo terzo di certificazione della formazione del personale.

All'interno del sistema, una figura complementare al Valutatore è costituita dal Facilitatore, un professionista capace sia di favorire, all'interno della struttura in cui opera, i processi per il miglioramento della qualità, sia di esercitare funzioni di collegamento con le figure preposte alla valutazione esterna.

I diversi gradi di complessità delle strutture e la presenza al loro interno di funzioni con livelli diversi di configurazione, autonomia e responsabilità, rendono necessaria l'individuazione delle unità per cui è possibile richiedere l'accreditamento da parte del soggetto erogatore.

L'intento è spostare l'attenzione dall'oggetto fisico alla "funzione assistenziale" e assumere questa quale "unità minima" accreditabile, con la prospettiva di estenderla fino a farla coincidere con un intero programma assistenziale cui possono concorrere funzioni diverse, anche svolte in strutture diverse, sotto la responsabilità di soggetti diversi.

Questo nuovo approccio può utilmente contribuire a realizzare l'idea di una presa in carico globale del paziente, al di là della singola "buona" prestazione, in un'armonizzazione di tutti gli elementi necessari a definire un "buon" percorso assistenziale.

Infatti, nell'organizzazione dei servizi sanitari, ad oggi, l'attenzione è sempre più rivolta ad ambiti funzionali circoscritti rispetto a caratteristiche, ruolo e attività relativi a segmenti definiti di percorsi assistenziali, in una visione che tende a superare l'approccio "strutturale" riferibile a interi presidi.

In quest'ottica si sviluppano una serie di modelli basati sul concetto di rete, attraverso la connessione di funzioni complementari, articolate per livelli di complessità, ed il livello qualitativo dell'attività sanitaria è necessariamente riconosciuto alle singole unità funzionali, laddove l'Unità Minima Accreditabile (UMA) si configura come la più piccola struttura organizzativa dotata di autonomia funzionale, gestionale ed economico-finanziaria per cui è possibile chiedere l'accreditamento.

In tal senso l'UMA corrisponderebbe all'unità operativa complessa ma, tenuto conto dell'*Atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio* che prevede per esse l'adozione della logica dipartimentale, di fatto l'UMA viene a identificarsi con il dipartimento – con la verifica per le singole funzioni afferenti – e, laddove le funzioni non siano aggregate in dipartimenti, con l'Unità Operativa Complessa.

Le diverse configurazioni delle strutture sanitarie, relativamente ad una loro collocazione in classi diverse secondo la loro vocazione assistenziale, sono determinate dal livello di concentrazione di UMA e dal livello di complessità



funzionale delle singole UMA, inteso come tipologia, ruolo e attività nella rete assistenziale relativamente al percorso del paziente per condizione clinica (complessità della casistica, complessità dei trattamenti, estensione del percorso assistenziale collegato a casistica e trattamenti complessi).

D'altra parte le UMA sono classificabili sia sulla base della classe attribuita alla struttura di afferenza che sul proprio livello qualitativo riconosciuto dall'accreditamento.

Tale classificazione acquista un valore specifico in merito alla stipula degli accordi contrattuali successivi all'accreditamento istituzionale, in quanto a questo potranno essere collegati livelli differenziati di remunerazione dell'attività.

La Regione, per le funzioni di particolare rilevanza, e le Aziende unità sanitarie locali, per la generalità delle funzioni, regolano infatti, la tipologia, la quantità e le caratteristiche delle prestazioni erogabili agli utenti del Servizio sanitario regionale, la relativa remunerazione a carico del servizio sanitario medesimo, il debito informativo dei soggetti erogatori nonché le modalità per il controllo esterno sull'appropriatezza e la qualità dell'assistenza e delle prestazioni erogate.

Questo viene effettuato mediante accordi con i soggetti accreditati pubblici ed equiparati e mediante contratti con i soggetti privati accreditati.

Per la Regione Lazio gli obiettivi principali, ad oggi, riguardano la rispondenza degli erogatori ai requisiti previsti per l'autorizzazione e l'avvio del processo di accreditamento che, per il gran numero di strutture costituenti l'offerta assistenziale regionale, necessitano di strumenti che favoriscano l'effettivo avvio del percorso di qualificazione, in tempi brevi e con un impegno di risorse sostenibile. Tale percorso, quale indispensabile strumento di governo del sistema, va iniziato contestualmente alla vigenza del presente Piano.

Le azioni collegate all'adeguamento dei requisiti autorizzativi da parte delle strutture già in esercizio sono: la realizzazione di una base dati regionale dei soggetti che hanno presentato domanda di conferma dell'autorizzazione all'esercizio; la formazione di referenti e la fornitura degli strumenti per l'autovalutazione del livello di adesione ai requisiti; l'analisi dei dati di ritorno rispetto ai quali avviare le verifiche sul campo; la definizione di procedure e di strumenti per le verifiche; la gestione delle procedure per l'adeguamento.

La "conferma" dell'autorizzazione all'esercizio rappresenta l'occasione per acquisire dati relativi all'articolazione organizzativa, alla caratterizzazione strutturale, tecnologica e gestionale, alla collocazione geografica e all'attività delle unità di offerta sanitaria e per alimentare uno specifico sistema informativo incentrato sulle strutture, importante risorsa ai fini della programmazione regionale e della pianificazione degli investimenti collegati.

La sistematizzazione di tutte le informazioni collegate alla qualificazione, anche in ordine alla disponibilità di una base per l'analisi integrata di dati di struttura e di attività, rappresenta un supporto particolarmente utile alle valutazioni sull'attività previste all'interno del sistema di accreditamento, permette di fornire alle Aziende sanitarie, nell'ambito di specifici piani di riorganizzazione, indicazioni chiare in merito al recupero delle proprie risorse strutturali e rende disponibili, anche per le Aziende, informazioni utili ad una visione complessiva e puntuale delle proprie articolazioni.

Le azioni collegate all'avvio dell'accreditamento riguardano: la realizzazione di una base dati regionale dei soggetti che hanno presentato domanda di accreditamento; la valutazione dei soggetti richiedenti relativamente ai requisiti di carattere generale; la formazione delle figure idonee a eseguire le verifiche sul campo; la definizione delle procedure e la predisposizione degli strumenti relativi all'istruttoria e alla valutazione; la realizzazione dello specifico sistema informativo.

Per tutte le tipologie di strutture è possibile individuare un insieme di fattori di qualità di natura organizzativo-gestionale, propri delle Direzioni e comuni alle diverse funzioni, corrispondenti ai requisiti generali – declinabili, laddove applicabile, per i diversi livelli organizzativi, a partire dalla direzione aziendale fino alla direzione di unità operativa, passando per la direzione dipartimentale.

A fronte di una valutazione positiva dell'adesione a tali requisiti generali, strutturati in aree di valutazione – *Diritti e informazione del paziente e dei familiari, Politiche e governo dell'organizzazione, Presa in carico del paziente, Gestione delle risorse umane, Gestione delle risorse tecnologiche e strumentali, Comunicazione e gestione delle informazioni, Gestione e miglioramento della qualità, Attività e risultati* – e ambiti di qualificazione, al richiedente è rilasciato l'accREDITAMENTO relativamente ai propri presidi e alle funzioni componenti.

Tali requisiti risultano prevalentemente focalizzati su aspetti organizzativo-gestionali e, pur non richiedendo particolari investimenti economici, possono comunque determinare importanti e immediate ricadute sulla qualità dell'assistenza, promuovendo in particolare appropriatezza, accessibilità, efficacia ed efficienza nelle attività sanitarie.

A regime, i requisiti generali saranno integrati da requisiti specifici per le singole funzioni, ed entrambi articolati in essenziali e aggiuntivi, in ordine all'esigenza di differenziare i soggetti accreditati per livelli diversi di qualificazione, anche in coerenza con la L.R. n. 4/03.

L'individuazione dei requisiti specifici richiederà l'impegno di opportuni gruppi di lavoro, per le diverse funzioni, in tempi tecnicamente compatibili e sulla base di una predefinita metodologia. In particolare, per le attività organizzate in reti, è previsto un accREDITAMENTO per profili di cura, basato su indicatori di struttura, di processo e di esito in parte generali e in parte modulati a seconda del livello (hub o spoke) della struttura stessa. Prioritario è definire tali requisiti specifici, per profili di cura caratterizzati dall'esigenza di alta professionalità e contemporanea alta diffusione.

I soggetti accreditati sono classificati, per ciascuna UMA qualificata, sulla base del livello di adesione quali-quantitativa ai requisiti e relativamente al grado di complessità della struttura di appartenenza.

Con il supporto tecnico dell'ASP, che si avvale anche del parere consultivo del Board per l'accREDITAMENTO, i requisiti ulteriori sono aggiornati e/o integrati periodicamente, anche in relazione all'evoluzione delle conoscenze e dell'organizzazione del sistema sanitario.

Il modello previsto configura, quindi, un accREDITAMENTO per funzioni che naturalmente presuppone – nell'ambito della struttura interessata – la qualificazione preventiva o contestuale di tutte quelle funzioni che costituiscono il *core* della struttura stessa, in quanto di riferimento e di supporto per le attività cliniche.

In conclusione, le attività collegate al percorso di qualificazione descritto hanno l'obiettivo di garantire all'offerta sanitaria regionale adeguati livelli strutturali, tecnologici e impiantistici – particolarmente attraverso l'istituto dell'autorizzazione – e adeguati livelli organizzativi e assistenziali – particolarmente attraverso l'istituto dell'accREDITAMENTO.

In prospettiva l'impegno sarà quello di strutturare un sistema di accREDITAMENTO a garanzia della qualità complessiva dei percorsi assistenziali dei cittadini all'interno del Servizio sanitario regionale e, in tal senso, una particolare rilevanza dovrà essere data all'implementazione di progetti legati ai percorsi diagnostico-terapeutici, con la definizione e il monitoraggio di specifici indicatori di processo e di esito.

Il sistema nel suo complesso andrà, ovviamente, consolidato progressivamente e richiederà per il raggiungimento di una sua compiutezza alcuni anni, come dimostrato dalle esperienze internazionali e nazionali già avviate.

## **Obiettivi**

- Caratterizzare il parco dell'offerta regionale attiva in ambito sanitario;
- realizzare una base dati regionale degli erogatori, incentrata sulle strutture;
- disporre di set di requisiti di carattere generale per l'accreditamento istituzionale;
- disporre di strumenti e procedure validate per l'accreditamento istituzionale;
- disporre di competenze specifiche per le verifiche sul campo ai fini dell'accreditamento istituzionale;
- inserire fra i criteri di accreditamento standard di personale per l'assistenza le modalità normative su assunzioni e carriere.

## **Azioni**

- Acquisire le risultanze del processo di autovalutazione, da parte di tutte le strutture sanitarie in esercizio, sulla base dell'adesione ai requisiti autorizzativi, con riferimento alla normativa vigente;
- acquisire elementi informativi di carattere morfologico-organizzativo da parte di tutte le strutture sanitarie in esercizio;
- strutturare una base dati regionale degli erogatori, incentrata sulle strutture – da popolare con i dati acquisiti – funzionale anche alle attività collegate all'accreditamento;
- declinare i requisiti ulteriori di carattere generale, emanati con D.G.R. n. 636 del 3 agosto 2007, per i diversi livelli direzionali e per tipologia di struttura;
- validare strumenti e procedure per l'accreditamento istituzionale, anche attraverso valutazioni sperimentali;
- formare e mantenere competenze ai fini delle verifiche sul campo per l'accreditamento istituzionale;
- definire i criteri relativi alle modalità di assunzione e di avanzamento di carriera;
- definire un piano di monitoraggio per il mantenimento dei requisiti dell'accreditamento.

## **Indicatori**

Il Board per l'accreditamento in collaborazione con l'ASP definisce gli indicatori per il monitoraggio del processo.

## **2.b Riconoscimento delle strutture in base alla complessità dei trattamenti per specifiche patologie**

Se è vero che il perseguimento degli obiettivi del SSR vede una solida base nel sistema di garanzie rappresentato dagli istituti indicati negli ultimi decenni della normativa nazionale (Autorizzazione, Accreditamento e Accordi) – un processo che risponde alla logica di un percorso strategico orientato alla qualificazione della sanità, fondato sulla relazione funzionale tra struttura, processo ed esito – è anche vero che, nella regione Lazio, tale processo, particolarmente complesso, è tuttora in fase di sviluppo.

Pertanto, al fine di migliorare la sicurezza del paziente e nelle more che tale percorso si consolidi, appare necessario individuare condizioni preliminari per erogare prestazioni ad alto rischio e con un elevato livello di complessità assistenziale.

In particolare, l'individuazione di specifiche caratteristiche delle strutture in funzione della patologia da trattare possono costituire presupposti di un processo graduale per definire criteri di accettabilità in particolari segmenti dell'assistenza relativamente a specifiche patologie e per classificare tali strutture sulla base della complessità dei trattamenti. Tale operazione ha lo scopo di garantire ai cittadini una migliore offerta di assistenza sanitaria individuando le strutture riconosciute idonee a erogare specifiche prestazioni.

Le evidenze della letteratura scientifica indicano che per gli interventi ad alto rischio la scelta della struttura dove effettuare l'intervento condiziona l'esito della prestazione, in termini non solo di disabilità residue ma anche di mortalità. Diventa dunque fondamentale definire criteri, indicatori e standard che consentano di differenziare le strutture di ricovero in grado di erogare prestazioni complesse.

I profili di cura affrontati prioritariamente riguardano l'assistenza all'infarto acuto del miocardio (IMA) e la chirurgia oncologica. L'obiettivo è individuare uno strumento per riconoscere l'idoneità a erogare prestazioni di elevata complessità sulla base del grado di dipendenza dell'esito dalla qualità delle cure e della presenza di criteri e requisiti attendibili di struttura, processo ed esito, idonei a connotare le strutture.

Il livello di complessità della struttura è valutato sulla base della numerosità della casistica e della tipologia degli interventi in relazione al grado di complessità e prevede la costruzione di un modello articolato per livelli di complessità in:

- *Articolazione A di I e II livello* caratterizzata da struttura, tipologia delle prestazioni, dati di volume che possano essere riproducibili nelle Unità operative a complessità media;
- *Articolazione B di III livello* caratterizzata da struttura, tipologia di organizzazione, prestazioni offerte, standard qualitativi offerti per tutto l'iter di presa in carico e assistenza del paziente, inquadrabili come di *elevata complessità*.

Le condizioni identificate potranno costituire la base per definire i requisiti ordinativi per l'erogazione di prestazioni complesse e con un elevato rischio assistenziale.

È da sottolineare che l'identificazione delle strutture idonee a specifiche prestazioni in base ai criteri e agli standard definiti è temporanea e sottoposta a verifica periodica. Il mantenimento dei requisiti è elemento essenziale per il permanere della condizione di idoneità.

Questo nuovo approccio può utilmente contribuire a realizzare la presa in carico globale del paziente in un'armonizzazione di tutti gli elementi necessari a definire un percorso assistenziale qualificato.

## **2.c Sistemi di remunerazione**

### **Quadro di riferimento**

Il finanziamento delle attività di assistenza sanitaria rappresenta una rilevante quota del bilancio regionale e incorpora incentivi in grado di condizionare le modalità di erogazione delle prestazioni erogate e le caratteristiche stesse della

qualità assistenziale. È quindi fondamentale per gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale adottare sistemi di remunerazione in grado di favorire l'equità distributiva, l'efficacia e l'efficienza, aggiornati rispetto ai costi di produzione e in grado di ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili.

I vincoli posti dalla normativa nazionale (leggi finanziarie, D.M. 12 settembre 2006 "Ricognizione e primo aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni sanitarie"), dagli Accordi Stato-Regioni (Intesa del 23 marzo 2005) e dalla normativa regionale (Legge finanziaria 2007 e Piano di rientro approvato dalla Giunta Regionale nella seduta del 12 febbraio 2007) impongono l'obbligo di garantire l'equilibrio economico-finanziario, di razionalizzare la rete ospedaliera, di ricondurre ai parametri di riferimento il numero di posti letto e i tassi di ospedalizzazione, di perseguire l'appropriatezza organizzativa nell'erogazione delle prestazioni, e di favorire la diffusione di forme alternative al ricovero. Si rende pertanto improcrastinabile nel Lazio la tempestiva revisione dei sistemi di remunerazione orientata al raggiungimento di questi obiettivi.

### **La determinazione della quota capitaria**

Le formule utilizzate per la determinazione della quota capitaria e i criteri di riparto delle risorse finanziarie del Fondo sanitario regionale (FSR) alle ASL devono essere maggiormente orientati a distribuire le risorse in base ai bisogni piuttosto che all'offerta esistente dei servizi al fine di tradurre nella pratica il principio di equità. Tra le misure da considerare nei criteri di allocazione del fondo sanitario potranno essere utilizzati i rapporti standardizzati di tutte le cause di morte (SMR, *Standardised Mortality Ratio*) come espressione dei bisogni sanitari e di assistenza sanitaria. L'uso dei rapporti standardizzati di mortalità generale permettono di evitare di scegliere tra le diverse cause di morte e sono stati già utilizzati nei modelli di allocazione delle risorse in contesti nazionali.

### **Problemi**

Le problematiche sono differenziate rispetto alle diverse tipologie di prestazioni. Infatti, mentre le tariffe dei ricoveri per acuti sono state aggiornate sulla base di una specifica rilevazione dei costi di produzione (D.G.R. n. 143 del 22 marzo 2006), le tariffe delle altre prestazioni (riabilitazione, lungodegenza, prestazioni specialistiche ambulatoriali, pronto soccorso, ricoveri in RSA) sono state fissate in passato senza una preventiva verifica dell'assorbimento di risorse (e, per alcune prestazioni, senza valutare i costi di attesa o non prevedendo differenziazioni tra diversi livelli assistenziali o regimi di ricovero), oppure esclusivamente in base alle tariffe stabilite a livello nazionale (D.M. 30 giugno 1997). Inoltre, come nel caso delle prestazioni di assistenza domiciliare, benché se ne auspichi la diffusione, le relative tariffe non sono state ancora definite.

Per quanto concerne le attività di prevenzione, la crescente incidenza delle patologie croniche e delle loro complicanze, in larga misura prevenibili, ha fatto nascere l'esigenza di definire un Piano nazionale della prevenzione. Questo prevede la realizzazione di 13 Piani di prevenzione attiva (PPA) regionali a loro volta articolati in piani attuativi aziendali, volti a riconvertire e indirizzare diversamente l'attività dell'area delle cure primarie e della prevenzione a livello distrettuale e ospedaliero nella logica di lavoro per progetti e obiettivi. Le attività dei piani fanno parte dei LEA e quindi devono essere realizzate convogliando verso i PPA le risorse aziendali. Pertanto, i costi di nuove tecnologie, di materiali di consumo e personale non vengono coperti con risorse aggiuntive, ma rientrano nell'attività ordinaria della aziende sanitarie. In particolare, si tratta di quote del finanziamento regionale alle aziende, vincolate non solo alla realizzazione dei piani, ma

anche, e soprattutto, alla verifica positiva degli avanzamenti dei cronoprogrammi previsti e del raggiungimento degli obiettivi stabiliti.

I sistemi tariffari vigenti, inoltre, possono determinare una non corretta allocazione delle risorse tra gli erogatori, remunerando in eccesso o, viceversa, in modo insufficiente, l'attività svolta. Infatti, l'articolazione delle tariffe per classi omogenee di erogatori secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività, pur sancita a livello nazionale dal D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 (art. 8 sexies comma 5) e a livello regionale (L.R. 3 marzo 2003, n. 4), è prevista solo per una limitata tipologia di prestazioni. Inoltre il ridotto livello di modulazione delle tariffe sembra essere insufficiente a riconoscere in modo adeguato le reali differenze dei costi di produzione. L'introduzione del budget per erogatore riferito ad un solo anno (D.G.R. n. 143 del 22 marzo 2006), pur costituendo un utile strumento per limitare i volumi di prestazioni e per controllare la spesa, non rappresenta un supporto sufficiente per la programmazione regionale pluriennale e non offre agli erogatori informazioni adeguate per pianificare investimenti e attività.

I sistemi di remunerazione relativi alle singole tipologie di prestazioni, inoltre, non sono tra loro integrati. Ciò comporta potenziali incoerenze relative ai principi su cui sono basati, nonché problemi nella tempistica della rendicontazione periodica e difficoltà nel redigere i consuntivi economici per le strutture che erogano tipologie multiple di prestazioni.

Nell'ambito delle azioni strategiche finalizzate a garantire i livelli essenziali di assistenza nel rispetto dei vincoli di bilancio, appare inoltre necessario estendere e potenziare il Sistema regionale dei controlli esterni relativi ai ricoveri ospedalieri quale componente irrinunciabile del sistema di remunerazione. I controlli sono indispensabili per valutare l'appropriatezza organizzativa dei ricoveri e la congruità della classificazione dei pazienti, nonché per prevenire possibili comportamenti opportunistici da parte degli erogatori. L'analisi dei dati regionali relativi all'assistenza ospedaliera per acuti evidenzia che il volume dei ricoveri di durata di 2 e 3 giorni costituisce per alcuni erogatori parte rilevante della produzione totale. Le funzioni di controllo assicurano anche, nel loro insieme, informazioni utili per le fasi di programmazione delle politiche sanitarie. Da questo punto di vista risulta opportuno allargare i controlli relativi ad appropriatezza organizzativa e a congruità, oltre che sulle prestazioni ospedaliere, anche sulle attività di specialistica ambulatoriale e di day service. Le D.G.R. n. 423 del 25 marzo 2005, n. 731 del 4 agosto 2005 e n. 143 del 22 marzo 2006 prevedono infatti il potenziamento dell'attività ambulatoriale con l'erogazione di Accorpamenti di prestazioni ambulatoriali (APA) e di Pacchetti ambulatoriali complessi (PAC).

Per le prestazioni di specialistica ambulatoriale "semplici", in considerazione della tendenza alla crescita di consumo in particolari branche specialistiche (laboratorio d'analisi, medicina fisica e riabilitativa, risonanza magnetica), si ritiene opportuno prevedere, come già implementato per l'attività ospedaliera, controlli articolati su più livelli: a) una fase di monitoraggio/screening che includa l'analisi dei dati degli archivi informatici delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, anche attraverso indicatori in grado di individuare eventuali comportamenti opportunistici; b) i controlli analitici, eseguiti tramite verifiche sulle ricette e sull'eventuale documentazione clinica di campioni rappresentativi delle prestazioni erogate, per verificare la congruità delle informazioni presenti nell'archivio informatico con quelle riportate sulla ricetta e valutare l'appropriatezza specifica nel caso di prestazioni erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche.

## Risposte

La ridefinizione del complessivo sistema regionale di remunerazione dell'attività sanitaria mira ad assicurare:

- il rispetto dei vincoli finanziari previsti dalla normativa nazionale e regionale;
- l'equità distributiva nell'allocazione delle risorse;
- una corretta remunerazione dei singoli erogatori;
- la coerenza dei sistemi relativi alle specifiche tipologie di prestazioni;
- la possibilità di predisporre un'adeguata e tempestiva rendicontazione.

Si prevede di attivare specifici interventi relativi a:

- monitoraggio continuo del rispetto delle misure adottate, attraverso la valutazione dei volumi di attività erogati e della relativa spesa;
- monitoraggio periodico dei costi di produzione delle diverse tipologie di prestazioni, allo scopo di aggiornare le tariffe vigenti e di determinarne di nuove per prestazioni non ancora remunerate sulla base di tariffe predefinite, analizzando anche la variabilità dei costi di produzione tra strutture e attivando specifiche rilevazioni in collaborazione con strutture pubbliche e private accreditate;
- confronto dei costi di produzione tra i singoli erogatori (*benchmarking*) considerando le buone pratiche cliniche, e valutando le cause delle eventuali inefficienze osservate;
- potenziamento delle attività di controllo dello stato di avanzamento dei cronoprogrammi previsti per l'attuazione dei PPA e nel raggiungimento degli obiettivi stabiliti;
- implementazione del sistema di finanziamento legato al raggiungimento degli obiettivi stabiliti nei piani attuativi aziendali dei PPA;
- revisione periodica dei sistemi di remunerazione per adattarli alle esigenze della programmazione regionale, sia prevedendo la definizione di budget pluriennali per gli erogatori, sia valutando l'opportunità di introdurre, con riferimento a specifiche prestazioni, modalità di finanziamento alternative o integrative rispetto alle tariffe (in analogia alle vigenti modalità di rimborso extratariffario già previsto per alcune prestazioni o presidi medicali);
- revisione periodica degli elenchi delle prestazioni, sia al fine di aggiornarli rispetto alla pratica clinica corrente, sia per adeguarli alle prescrizioni del D.P.C.M. del 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" e dei previsti aggiornamenti;
- aggiornamento dei sistemi di classificazione delle prestazioni;
- introduzione di sistemi premianti il raggiungimento di obiettivi di risultato in termini di esiti di salute.

Contestualmente sarà ridefinito il Sistema regionale dei controlli esterni come descritto nel successivo paragrafo.

## 2.d Sistema regionale dei controlli esterni

La funzione di controllo dell'attività ospedaliera rappresenta uno strumento necessario e insostituibile per la verifica dell'appropriatezza dell'assistenza sanitaria e della corretta classificazione delle prestazioni. In un sistema di remunerazione a tariffe predeterminate per prestazione, consente di individuare, con tempestività ed efficacia, eventuali comportamenti opportunistici finalizzati a massimizzare i profitti, con il rischio di uno scadimento complessivo della qualità dell'assistenza: da questo punto di vista la funzione di controllo assicura un monitoraggio costante e puntuale del Sistema sanitario regionale relativamente alla qualità e ai costi dell'assistenza.

Inoltre le specifiche tipologie di controllo si basano su precise analisi demografiche, epidemiologiche e cliniche: pertanto le attività di controllo intendono garantire il rispetto delle risorse disponibili, a tutela dei diritti del malato e del suo accesso ai servizi sanitari.

La corretta compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) riveste un'importanza fondamentale per la corretta attribuzione del DRG e per la conseguente valutazione dell'attività delle strutture erogatrici, sia in termini di complessità sia in termini di valorizzazione economica della casistica trattata.

In linea con gli obiettivi di promozione dell'appropriatezza clinica e organizzativa degli interventi sanitari, perseguiti nell'ambito del Programma nazionale per le linee guida (PNLG) e del Progetto LINCO di Laziosanità-Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio, la verifica di cospicui volumi di cartelle cliniche dovrà costituire un'opportunità di importanza strategica nel processo di miglioramento del Servizio sanitario regionale. Ne deriva la possibilità di sviluppare linee guida diagnostico-terapeutiche per la pratica clinica o condividere quelle già esistenti e validate da società medico-scientifiche nazionali e internazionali riconosciute, sulla cui base implementare modelli condivisi di comportamento sanitario, evitando di confondere la promozione della qualità con l'inibizione dell'autonomia professionale. Si tratta di individuare e diffondere specifici profili di cura altrimenti definiti percorsi diagnostico-terapeutici o percorsi clinici formalizzati per la tutela del paziente.

Parallelamente le attività di controllo devono favorire l'approccio alle problematiche assistenziali attraverso iniziative specifiche di audit clinico oppure di costituzione di gruppi di lavoro multidisciplinari e multiprofessionali per l'attivazione di linee assistenziali clinico-organizzative.

Pertanto le funzioni di controllo, attraverso l'analisi diretta delle attività svolte dalle strutture sia pubbliche sia private accreditate, dovranno perseguire i seguenti obiettivi sull'intero territorio regionale:

- individuare i fenomeni opportunistici correlati alla manipolazione del sistema DRG attraverso la riduzione dei tempi di degenza per anticipazione delle dimissioni, la frammentazione delle cure tramite ricoveri ripetuti, la selezione della casistica e la scorretta compilazione della scheda di dimissione ospedaliera;
- monitorare i processi di miglioramento per accrescere la qualità nei servizi sanitari;
- ridurre le quote di inappropriatezza organizzativa migliorando il corretto utilizzo dell'ospedale, rilevando i ricoveri impropri rispetto all'alternativa di altri regimi assistenziali (day hospital medico e chirurgico, ambulatorio);
- individuare sistematicamente le prestazioni che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato, per le quali occorre individuare modalità più appropriate di erogazione;



- migliorare e uniformare la codifica utilizzata nel rispetto delle norme, effettuando analisi comparative tra i diversi erogatori su specifiche prestazioni;
- promuovere la qualità della documentazione clinica;
- proporre di inserire o escludere una prestazione dai livelli essenziali di assistenza;
- assicurare supporto tecnico-scientifico in merito alla validazione di profili e percorsi assistenziali;
- promuovere, progettare, organizzare, realizzare e valutare iniziative di formazione, aggiornamento e informazione in materia di vigilanza e controllo delle attività sanitarie;
- assicurare la giusta ripartizione delle risorse tra i soggetti erogatori e una più equa proporzionalità tra le prestazioni rese e i costi delle stesse;
- valutare gli effetti e l'efficacia delle azioni correttive intraprese.

Per la realizzazione degli obiettivi comuni, finalizzati alla promozione della salute, in accordo con gli obblighi istituzionali, è necessario che tutti gli operatori sanitari svolgano le funzioni di controllo secondo criteri di trasparenza e celerità dei procedimenti amministrativi. Inoltre è necessario che tutti gli operatori impegnati nelle attività di controllo valorizzino la cultura della verifica quale strumento irrinunciabile per migliorare la qualità delle prestazioni.

La funzione di controllo, inoltre, costituirà un importante elemento di valutazione dell'operato dei Direttori Generali delle ASL relativamente ai seguenti obiettivi ad essa connessi:

- rispetto del volume dei controlli programmati e della tempistica di trasmissione delle risultanze;
- promozione dell'appropriatezza dell'attività ospedaliera: diminuzione complessiva del volume di ricoveri inappropriati (ordinari e day hospital, tipologia "acuti" e "riabilitazione") a favore di modalità assistenziali alternative parimenti efficaci;
- diminuzione del tasso di ospedalizzazione;
- diminuzione della mobilità passiva;
- potenziamento dell'attività ambulatoriale e di altre funzioni territoriali extraospedaliere finalizzato sia ad una qualificazione dell'assistenza che ad una razionalizzazione dell'uso delle risorse.

Bisogna infine considerare che le risultanze economiche costituiscono un importante indicatore di performance e di efficacia del Sistema regionale dei controlli esterni; il sistema è stato in grado di fornire un rilevante recupero economico finalizzato ad incidere con maggiore deterrenza sulle alte percentuali di incongruità e di inappropriatezza rilevate. In assenza di efficaci attività di controllo, non sarebbe più possibile contenere gli effetti manipolativi e distorsivi del sistema DRG e garantire ai cittadini ciò che è necessario. Ed è per questo che il Decreto n. 58/2009 del 4 agosto 2009 "Sistema dei controlli dell'attività sanitaria ospedaliera e specialistica. Legge n.133/08, art.79, comma 1-septies" potenzia le pratiche di controllo sia in termini di volumi che di tipologie di controllo, prevedendo l'attivazione dei controlli negli ambiti della specialistica ambulatoriale e della diagnostica strumentale al fine del rispetto delle regole generali del patto di stabilità.

## **2.e Governo dell'acquisizione di beni e servizi**

Il presente capitolo fa riferimento all'art. 10 della L.R. n. 5 del 30 dicembre 2006 dove si indica la necessità di adottare modalità di acquisto centralizzato, orientamenti uniformi nella gestione del personale e un sistema centralizzato di controllo della spesa.

### **INTERVENTI DIRETTI AL CONTENIMENTO DEI COSTI PER IL PERSONALE**

Per quanto riguarda il costo per il personale, la Regione Lazio è tenuta almeno al conseguimento dell'obiettivo di risparmio di cui all'art. 1, comma 565, della Legge finanziaria 2006, garantendo che per ciascuno degli anni 2007, 2008 e 2009 la spesa complessiva per il personale non superi quella relativa all'anno 2004 ridotta dell'1,4%. È anche tenuta all'ulteriore risparmio connesso al mancato conseguimento negli anni 2005 e 2006 degli obiettivi assegnati alla Regione per effetto delle disposizioni di cui all'art. 1, comma 98, dalla Legge 30 dicembre 2004, n. 311, in materia di limitazione delle assunzioni a tempo indeterminato.

Nell'anno 2004 la spesa complessiva per il personale della Regione Lazio, comprensiva degli IRCCS e dei Policlinici universitari pubblici, è risultata pari a 2.679 milioni di euro. Il risparmio dell'1,4% da conseguire per ciascuno degli anni 2007, 2008 e 2009 è pari dunque a 37 milioni di euro cui occorre aggiungere l'importo di 37 milioni indicato dal Ministero dell'Economia quale stima degli effetti di trascinarsi sugli anni 2007, 2008 e 2009 correlati al mancato conseguimento degli obiettivi in materia di assunzioni di personale negli anni 2005 e 2006.

Al costo relativo al 2004, al netto del risparmio di 74 milioni, occorre sommare il costo annuale a regime dei contratti di dirigenza e comparto relativi al 1° e 2° biennio, pari a 260 milioni. Si ottiene così un importo di 2.864 milioni che individua il costo del personale 2007-2009 secondo la normativa nazionale.

Al fine di conseguire i risparmi sopra indicati la Regione ha stabilito specifiche misure di riduzione delle spese per il personale, per le quali sarà attivato un monitoraggio dei risultati conseguiti con cadenza trimestrale:

- blocco totale delle assunzioni e del turn-over, disposto con D.G.R. n. 97 del 27 febbraio 2007;
- riduzione delle strutture complesse e dei dipartimenti per conseguire una riduzione dei costi di 6 milioni di euro e comunque in misura non inferiore al 10% per ciascuna azienda;
- verifica della consistenza di tutti i fondi contrattuali (produttività collettiva, straordinario e condizioni di disagio, posizione, risultato e fasce retributive) previsti dalla vigente normativa;
- definizione di procedure di passaggio di personale ad altre amministrazioni.

### **INTERVENTI DIRETTI AL CONTENIMENTO DEI COSTI PER L'ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI**

Le azioni previste si distinguono in azioni con impatto sulla spesa a breve e azioni con impatto a lungo termine.

- I. Azioni mirate con effetto rapido
- II. Istituzione dell'Osservatorio prezzi
- III. Realizzazione della piattaforma acquisti regionale centralizzata

Si tratta di interventi capaci di conseguire un sensibile contenimento della spesa agendo sia sul fronte dell'offerta che della domanda, e di realizzare un nuovo sistema di approvvigionamento e di determinazione del fabbisogno.

L'effetto rapido consente di accelerare il programma di ottimizzazione ottenendo risultati concreti dopo due mesi dall'avvio del programma.

Le azioni a effetto rapido, a cui è affidato il compito di realizzare un contenimento della spesa per l'acquisto di beni e servizi sono elencate di seguito:

- a. azioni rapide di razionalizzazione degli acquisti;
- b. adesione alla Gara di appalto In Multiservizio Tecnologico e Fornitura Vettori Energetici;
- c. ri-negoziazione da parte delle Aziende sanitarie di tutti gli appalti di beni e servizi in essere con un risparmio del 10%.

Propedeutico al raggiungimento degli obiettivi ai punti a) e c) è il blocco temporaneo delle gare di appalto, per un periodo definito.

### **Azioni rapide di razionalizzazione degli acquisti**

Le azioni a effetto rapido impattano tipicamente su circa un terzo degli acquisti generando risparmi medi del 10% sulle aree di spesa aggredite, in funzione della tipologia dell'intervento. Ne consegue che grazie all'effetto rapido è possibile ridurre i costi di acquisto complessivi di una percentuale del 3-4%; dati tra l'altro confermati dalle esperienze italiane svolte da alcune Regioni (ad esempio aree vaste in Toscana) relativamente ai beni sanitari e dalla centrale acquisti Consip per quanto attiene ai beni e servizi non sanitari.

La Regione Lazio ha individuato le seguenti azioni:

- razionalizzazione della domanda: ovvero comprare meno e meglio, standardizzando la domanda su profili di prodotti e servizi adeguati alle reali esigenze operative;
- controllo della domanda, verificando in itinere l'appropriatezza delle richieste di acquisto in termini di volumi e specifiche di acquisto e in funzione di benchmark di riferimento;
- condivisione "best practice", ovvero identificazione di contratti "eccellenti" già stipulati che hanno apportato i migliori risultati, al fine di estenderli all'intera regione o per favorire un processo di ri-negoziazione con gli altri fornitori;
- utilizzo di gare "semplificate", avvalendosi eventualmente di strumenti di acquisto messi a disposizione da terzi.

Responsabile delle azioni di razionalizzazione degli acquisti è la Direzione Regionale Risorse Umane e Finanziarie e Investimenti nel SSR, con il supporto tecnico dell'ASP e la supervisione del coordinamento della Cabina di Regia.

La Direzione provvederà all'emanazione di una Circolare, indirizzata a tutte le Aziende sanitarie, contenente gli obiettivi e le azioni da intraprendere.

Saranno convocati dei tavoli di lavoro a cui prenderanno parte la Direzione Regionale Risorse Umane e Finanziarie e Investimenti nel SSR, il coordinamento della Cabina di Regia, i Direttori delle Aziende sanitarie e i loro responsabili acquisti, al fine di rafforzare la condivisione degli obiettivi.

Ogni Azienda dovrà inviare alla Regione una serie di dati raccolti in un flusso informativo che sarà definito nella struttura

e nei contenuti dai tavoli di lavoro.

Ai Direttori delle Aziende sanitarie e ai loro responsabili della funzione acquisti, il cui coinvolgimento è essenziale per il successo delle azioni, sarà attribuito un obiettivo congruo di risparmio sulla spesa per nuovi acquisti.

La Direzione Regionale Risorse Umane e Finanziarie e Investimenti nel SSR procederà ad un monitoraggio periodico trimestrale dei risultati ottenuti attraverso l'analisi dei dati economici e dei rapporti inviati dai Direttori delle Aziende sanitarie.

In seguito all'introduzione di queste azioni rapide si stima di ottenere un risparmio di 5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2008 e 2009.

### **Gara di appalto In Multiservizio Tecnologico e Fornitura Vettori Energetici**

Si tratta di una gara che è stata indetta con l'obiettivo di migliorare il rapporto costi-benefici nella gestione, manutenzione e conduzione degli impianti tecnologici asserviti agli immobili in proprietà o nella disponibilità delle Aziende sanitarie e ospedaliere, degli ospedali classificati o assimilati e degli istituti scientifici ubicati nella regione Lazio.

Le imprese aggiudicatrici sono già entrate nella gestione dell'Azienda ospedaliera Sandro Pertini (ASL RMB) e della ASL di Frosinone.

Per il triennio si è ipotizzato di realizzare un risparmio di 5,5 milioni di euro per effetto della messa a regime del capitolato della gara di appalto.

### **La ri-negoziazione da parte delle Aziende sanitarie degli appalti di beni e servizi**

L'attività di ri-negoziazione finalizzata al raggiungimento del risparmio sarà oggetto di attribuzione di obiettivi specifici ai Direttori generali, dei quali si terrà conto nella loro valutazione. La Direzione Regionale Risorse Umane e Finanziarie e Investimenti nel SSR darà disposizione alle Aziende sanitarie, con apposito atto formale, delle modalità di attuazione della presente manovra.

Le Aziende sanitarie dovranno completare il processo a partire dall'emanazione dell'atto formale della regione nei tempi stabiliti.

Le Aziende sanitarie devono comunicare alla Regione i referenti interni incaricati operativamente del processo di ri-negoziazione.

Per ogni settore merceologico, le Aziende sanitarie devono fornire l'elenco esaustivo dei contratti in essere a cui dovrà essere allegata copia della gara e del capitolato, secondo facsimili che invierà la Regione stessa.

La Direzione Regionale Risorse Umane e Finanziarie e Investimenti nel SSR, che con il supporto di Laziosanità-ASP e in accordo con la Cabina di Regia è responsabile dell'attuazione dell'intervento, riceverà dalle Aziende sanitarie, con periodicità mensile, un rapporto che conterrà, per ogni fornitore incluso nell'elenco di cui sopra, lo stato di avanzamento della contrattazione, eventuali richieste, gli esiti (corredati delle motivazioni), la quantificazione degli sconti, le contropartite offerte.

Per il triennio si è ipotizzato di rinegoziare i contratti maggiormente aggredibili stimando un risparmio di 1,5 milioni di euro per ciascun anno per effetto delle migliori condizioni di pagamento.

## **Osservatorio prezzi**

L'istituzione di un Osservatorio prezzi e tecnologie in ambito sanitario (OPT) è stabilita dall'art. 7 della L.R. 3 agosto 2001, n. 16, "Misure urgenti di contenimento e razionalizzazione della spesa sanitaria" e nasce dall'esigenza di "osservare" l'andamento e la distribuzione dei prezzi e delle procedure d'acquisto nelle diverse strutture sanitarie.

L'Osservatorio prezzi è uno degli applicativi della piattaforma tecnologica SANIGEST, di proprietà della Regione, che consente di raccogliere e di monitorare i prezzi dei prodotti e dei servizi delle diverse Aziende sanitarie, fornendo la possibilità di promuovere forme di razionalizzazione della domanda che tengano conto dei fabbisogni complessivi di queste ultime.

Responsabile dell'azione è la Direzione Regionale Ragioneria Generale, che adotterà i provvedimenti necessari all'operatività del sistema per la gestione on-line dell'Osservatorio prezzi, in collaborazione con LAIT Spa, Laziosanità-ASP e Azienda Sviluppo Lazio.

## **PIATTAFORMA ACQUISTI REGIONALE CENTRALIZZATA**

Per quanto riguarda le azioni con impatto a lungo periodo la Regione Lazio in una prima fase intende avviare un intervento volto a migliorare l'efficacia e l'efficienza dei processi di approvvigionamento di beni e servizi attraverso l'istituzione di uno strumento innovativo quale la piattaforma acquisti regionale centralizzata. Per la realizzazione di tale intervento è previsto un sistema informatico, definito come "piattaforma di intermediazione digitale", quale mezzo per la semplificazione e la resa più efficiente delle procedure d'acquisto. Il sistema informatico individuato è quello realizzato dall'Emilia-Romagna con INTERCENT-ER. Attraverso questo strumento è possibile effettuare le gare per via telematica. Le gare telematiche sono procedure in cui lo scambio di documentazione avviene attraverso il web mediante la piattaforma Intercent-ER che ne supporta lo svolgimento.

La realizzazione della piattaforma acquisti centralizzata prevede l'istituzione di un comitato operativo, con la presenza di responsabili dell'approvvigionamento delle singole Aziende che avranno il compito di collaborare con la Direzione al Bilancio, con il contributo con LAIT Spa, Laziosanità-ASP e Azienda Sviluppo Lazio, per le analisi di mercato e la definizione puntuale della tipologia dei beni oggetto di gara centralizzata. Verrà così realizzata, per le Aziende sanitarie, una nuova modalità di concentrazione degli acquisti a livello regionale, che, attraverso il coinvolgimento dei professionisti della sanità sia nella fase di selezione che nella fase di valutazione tecnica delle offerte, si propone di coniugare il raggiungimento di economie di scala con l'appropriatezza nella selezione dei prodotti.

I risparmi attesi interessano le categorie merceologiche e i servizi per cui risulta facilmente applicabile la piattaforma, in relazione anche all'esperienza della Regione Emilia Romagna.

A regime tutte le trattative dovranno essere centralizzate presso la Regione o presso aziende individuate allo scopo.

## **2.f Sviluppo degli strumenti gestionali**

La L.R. 28 dicembre 2006, n. 27, "Legge regionale finanziaria per l'esercizio 2007", all'art. 10 comma 2 lettera b) individua, tra gli elementi del Piano sanitario regionale, "la riforma del sistema sanitario regionale, finalizzata alla

razionalizzazione del sistema di gestione e alla riduzione dei costi nonché di verifica del numero e della definizione degli ambiti territoriali delle aziende unità sanitarie locali". Il punto sopra citato caratterizza sostanzialmente due ambiti di azione: il primo è quello relativo agli strumenti di governo del sistema, il secondo è pertinente al nuovo assetto istituzionale. Quest'ultimo è stato presentato nella Parte III (Linee d'indirizzo per l'offerta dei servizi e livelli assistenziali). Qui si analizzano gli strumenti per il governo del sistema.

#### **STRUMENTI DI GOVERNO DEL SISTEMA**

È oramai acquisito che in ambito sanitario la trasformazione dei bisogni di salute della popolazione in domanda esplicita di servizi e prestazioni avviene in un contesto di asimmetria informativa tra cittadino e operatore sanitario e che quest'ultimo riveste il ruolo di agente, di intermediario che determina in modo importante il consumo di prestazioni. In questo contesto il controllo degli erogatori riveste importanza strategica nell'influenzare le dinamiche di consumo di "beni sanitari". È altrettanto evidente che, costituendo il capitolo di spesa per il sistema sanitario la parte più rilevante del bilancio regionale, è sempre più urgente dotarsi di strumenti efficaci di governo della domanda e dell'offerta sia a livello regionale che locale, per indirizzare prioritariamente le attività e le risorse verso gli obiettivi di salute ritenuti strategici.

#### **Strumenti di governo regionali**

Il servizio sanitario si articola su più livelli istituzionali: Stato, Regioni, Enti locali, Aziende sanitarie. Il servizio sanitario della Regione, alla quale compete la programmazione di periodo medio-breve, svolge contemporaneamente la funzione di finanziatore, acquirente e produttore di prestazioni. La presenza di livelli istituzionali diversificati comporta il generarsi di problemi relativi alla committenza e al governo degli erogatori, a causa del possibile incoerente sovrapporsi di sistemi di regolamentazione differenti. È pertanto necessario, nell'ambito dei poteri regionali, stabilire sistemi coerenti e integrati di regole destinate a controllare il funzionamento degli erogatori, siano essi pubblici o privati. In altri capitoli del presente Piano sono esaminate le questioni relative all'accreditamento, alle tariffe e all'acquisizione di beni e servizi. In questo paragrafo si tratteranno in particolare gli strumenti di programmazione e controllo e quelli di regolazione degli accessi alle prestazioni.

#### *Programmazione e controllo*

È necessario, in questo settore, sviluppare i seguenti strumenti:

- pianificazione sanitaria, sia a livello regionale, sia localmente attraverso i Piani di attività locali, i Piani di attività territoriali, i Piani di zona;
- governo clinico (vedi successivo paragrafo);
- contratti con i produttori di prestazioni, concordati a livello di ASL e, in via sperimentale, a livello di Distretto;
- negoziazione del budget con i Direttori generali delle Aziende sanitarie e ospedaliere e presentazione del bilancio preventivo. Identificazione e monitoraggio degli obiettivi delle Direzioni strategiche aziendali;
- controllo e valutazione, attraverso relazioni annuali sullo stato di salute e sull'offerta di servizi nonché mediante un sistema di indicatori a livello regionale e aziendale;
- accordi sindacali con la medicina generale, coerenti e integrati con le necessità locali delle singole Aziende sanitarie.

### *Strumenti di regolazione degli accessi alle prestazioni*

Nell'ambito delle azioni per la promozione dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, rivestono una posizione rilevante alcuni strumenti diretti e indiretti di governo della domanda.

Per quanto riguarda le azioni dirette, si propone lo sviluppo delle seguenti:

- empowerment del cittadino e della comunità, campagne di informazione mediatica;
- forme innovative di educazione sanitaria a livello di popolazione e del singolo utente;
- progetti di prevenzione mirati ai fattori di rischio più rilevanti in termini di sanità pubblica.

Le azioni indirette si focalizzano sull'induzione della domanda generata dall'offerta:

- potenziamento delle cure primarie a livello territoriale;
- orientamento e selezione della domanda: Punti unici di accesso distrettuali, Centri unificati di prenotazione, prioritizzazione degli accessi alle liste di attesa, linee guida e percorsi assistenziali.

## **2.g Partecipazione dei cittadini ed Enti locali, Bilancio sociale**

### **Problema: migliorare e qualificare la partecipazione dei cittadini**

La partecipazione dei cittadini, intesa quale “coinvolgimento attivo delle persone che vivono in qualunque forma dell'organizzazione sociale nella pianificazione coerente, nella realizzazione e nel controllo dell'assistenza, avvalendosi delle risorse locali, nazionali e d'altro genere” (OMS, 1999), in forma singola o associata, costituisce un elemento determinante per lo sviluppo dei sistemi sanitari.

A fronte di questi indirizzi internazionali, nel Lazio a livello regionale e aziendale l'utilizzazione di strumenti decisionali/deliberativi e di tipo consultivo non è pratica consueta e non sono stati attivati di frequente percorsi partecipativi strutturati. Risultano frammentarie le azioni volte allo sviluppo di strategie di ascolto e di consultazione dei cittadini. Episodiche sono anche le occasioni di confronto con i cittadini su temi quali i determinanti della salute, le priorità della ricerca, le scelte di politica sanitaria, l'incertezza insita nelle scienze sanitarie, che potrebbero accrescere la consapevolezza dei limiti della medicina e fornire strumenti di interpretazione dei risultati della ricerca biomedica contrastando l'attesa illimitata di salute propagandata dai media e dall'industria.

Il superamento del rapporto paternalistico tra operatore sanitario e cittadino e la costruzione di una relazione paritaria, fondata sullo stabilirsi di un'alleanza per la salute, comporta una nuova relazione basata sul principio di corresponsabilità tra cittadino e sistema sanitario: il cittadino diviene soggetto attivo e compartecipe delle decisioni in materia di salute.

La garanzia di un avvicinamento di tutti i cittadini al servizio sanitario, con particolare riguardo a prevenire le disuguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria, sono alla base dello sviluppo di una “democrazia cognitiva” intesa quale strumento non solo di ricomposizione delle conoscenze e di riequilibrio dell'asimmetria informativa, ma anche di intervento e cambiamento, grazie alla partecipazione dei cittadini, per il miglioramento del sistema. Infatti, di fronte al rischio di disumanizzazione del sistema sanitario, insito nella deriva culturale che sembra affliggere la cultura medica

basata sulla superspecializzazione, il cittadino, attraverso la sua partecipazione, contribuisce a riportare la centralità dell'operato sulla persona intesa nella sua globalità di bisogni e aspettative.

L'attuazione di interventi in grado di promuovere l'empowerment – di accrescere cioè le capacità di ogni membro della comunità di esercitare il diritto alla salute e di partecipare alle decisioni relative ai percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione – rappresenta una condizione necessaria per favorire la messa in atto di specifiche ed efficaci politiche di sanità pubblica, centrate sui bisogni e sulle aspettative dei cittadini.

## **Risposta**

In accordo con gli indirizzi dell'OMS e le strategie di sistema del Piano sanitario nazionale, il Servizio sanitario della Regione Lazio si pone come obiettivo prioritario la promozione di una cultura della partecipazione e dell'empowerment, sia tra i cittadini che tra gli operatori.

Promuovere la capacità di valutazione dei cittadini, rendendone migliori le conoscenze non solo da un punto di vista terapeutico/riabilitativo ma anche in un'ottica politico-emancipatoria, rappresenta un presupposto per la conquista di una più rilevante autonomia decisionale. Una persona *empowered* acquisisce consapevolezza rispetto alla propria salute, si prende carico consapevolmente di se stessa e diviene manager dei propri stili di vita, protagonista attiva della propria vita e del proprio benessere psicofisico.

Per conseguire tale risultato, i servizi sanitari debbono accertare le aspettative e le priorità dei cittadini; coinvolgerli nei piani di assistenza; utilizzare l'approccio della decisione condivisa; richiedere il loro feedback e avviare conseguenti processi di miglioramento.

L'obiettivo è quello di attuare politiche e strategie per formare dei cittadini competenti, cioè in grado di scegliere stili di vita e comportamenti salutari e di esprimersi, ad esempio, rispetto alla scelta del proprio medico curante e dei luoghi di cura, nonché rispetto alle decisioni relative ai processi assistenziali (decisione clinica condivisa), e alle politiche locali dei servizi per la salute.

Tali strategie si devono tradurre in primo luogo nell'adozione degli strumenti di partecipazione e coinvolgimento dei cittadini all'erogazione e valutazione dei servizi sanitari pubblici definiti a livello normativo. La Carta dei servizi sanitari, ad esempio, introdotta con il D.P.C.M. del 19 maggio 1995, come emerge da diversi processi di autovalutazione sullo stato di attuazione curati dal Ministero della Sanità in collaborazione con le Regioni, presenta una serie di criticità riassumibili nel fatto di non definire indicatori e standard, di essere di non facile consultazione e poco conosciuta dai cittadini. Come emerso in una recente indagine effettuata dall'ASP su un campione rappresentativo di nuclei familiari residenti nel Lazio, solo il 16% degli intervistati dichiara di conoscere la Carta; di questi, il 39,5% la ritiene uno strumento poco chiaro e il 28,5% la considera poco utile. In un piano di sviluppo di politiche per l'empowerment del cittadino, il coinvolgimento degli utenti e dei loro organi di rappresentanza nella progettazione delle Carte dei servizi attribuirebbe agli stessi un potere di controllo diretto sulla qualità dei servizi erogati, rispecchiando le funzioni di tutela, informazione, partecipazione e accoglienza con cui è stata concepita e che vengono garantite, ad esempio, attraverso le Conferenze dei servizi e le Commissioni miste conciliative. È necessario infine redigere linee guida regionali relative alle modalità e agli strumenti più adeguati per garantire un'efficace informazione sui servizi offerti al cittadino, anche attraverso il raggiungimento di standard qualitativi omogenei e requisiti minimi di leggibilità e accessibilità dei siti internet aziendali.



A livello individuale si deve garantire concretamente il diritto alla cura, l'accesso alle informazioni che riguardano la propria salute, le garanzie sulla riservatezza, il dare o negare un consenso veramente informato e non burocratico alle procedure diagnostiche e terapeutiche, e il poter accedere a strumenti di intervento efficaci in caso di negazione di questi diritti.

Per raggiungere l'empowerment del cittadino rispetto alla gestione del proprio "bagaglio" di salute è inoltre necessario affiancare nuove strategie comunicative ai più tradizionali interventi di educazione alla salute. Nell'ambito dell'assistenza territoriale sarà necessario rilanciare i compiti educativi dei vari operatori sanitari (MMG, PLS, specialisti territoriali, medici di continuità assistenziale), puntando in particolare sul ruolo centrale affidato all'infermiere di comunità (vedi Parte III, cap. 3.e).

Specifici percorsi educativi sanitari dovranno essere predisposti per soggetti a rischio o già affetti da patologie croniche. Tali percorsi dovranno prevedere il primo intervento di *counselling* da parte del sanitario che individua il rischio o la patologia e la successiva presa in carico da parte dell'équipe assistenziale che gestirà la condizione di salute o di rischio, composta dal medico di famiglia (MMG o PLS), dagli specialisti che potranno supportare l'assistito nel processo di empowerment e cambiamento dello stile di vita (psicologo, dietologo, esperto in attività motorie, cardiologo, diabetologo) e dall'infermiere, cui potrà anche essere affidato il compito di care manager dell'assistito.

Nella promozione di stili di vita sani, oltre al *counselling* verbale diretto o telefonico, ci si avvale sempre più frequentemente dei media nella realizzazione di campagne, spot, opuscoli informativi, siti e forum. Internet e l'e-health diventano possibilità concrete per favorire il coinvolgimento e la partecipazione del cittadino alle questioni di salute. Negli ultimi anni sono state realizzate diverse esperienze in tal senso (campagne regionali e ministeriali). Nella nostra regione occorre considerare la promozione di nuove campagne informative sugli stili di vita salutari, attraverso il coinvolgimento dei media.

Anche il ricorso a strategie mutuare da settori diversi da quello sanitario possono contribuire alla realizzazione di efficaci interventi di promozione della salute. In tal senso appaiono interessanti le esperienze condotte in altre regioni di marketing sociale, un approccio alla pianificazione che considera come elemento strutturale del proprio processo il focus sui bisogni, le preferenze e lo stile di vita del destinatario dell'intervento. L'importanza di mettere al centro la prospettiva dell'utente invece non sempre viene considerata dagli educatori sanitari che a volte basano la propria valutazione del bisogno di salute solo sui dati demografici ed epidemiologici, creando un intervento *top-down* tutto centrato sulla visione dell'educatore.

La partecipazione dei cittadini è intesa anche come sperimentazione e adozione di strumenti finalizzati all'ascolto dei cittadini e alla valutazione dei loro bisogni e aspettative (Relazione sullo stato di salute della popolazione assistita con varie forme di partecipazione, Laboratori di ascolto, Laboratori di cittadini competenti), come contributo dei cittadini e delle associazioni alla definizione delle linee guida, alla programmazione e ai meccanismi decisionali (comitati misti consultivi, valutazione delle priorità ecc.), nonché alla valutazione e al monitoraggio del sistema sanitario stesso (ad esempio, audit di cittadini competenti).

Gli organi di governo regionale dovranno svolgere un ruolo di catalizzatori nella costituzione di alleanze intersettoriali tra istituzioni e organizzazioni sociali e di supporto alla pianificazione, gestione e valutazione di interventi che realizzino la partecipazione consapevole della società alle scelte di politica sanitaria e promuovano iniziative di informazione e formazione sui temi dell'appropriatezza, efficacia e sicurezza delle prestazioni e della valutazione della qualità dei servizi, finalizzate alla creazione di cittadini "competenti".

### **Problema: scarsa partecipazione degli Enti locali**

Rispetto alla complessità dei meccanismi di generazione delle malattie e alla variabilità dei determinanti, si rende necessaria una maggiore integrazione delle politiche adottate dai vari settori istituzionali. In particolare, i programmi di promozione di stili di vita salubri e di contrasto ai fattori di rischio ambientale e socioeconomici sono spesso legati a interventi di pertinenza degli Enti locali, e in particolare dei Comuni.

### **Risposta**

La Regione Lazio identifica come priorità l'avvio di un percorso che promuova la partecipazione degli Enti locali ai processi programmatori e di verifica in materia sanitaria, sociale e sociosanitaria, nel quadro del percorso di attuazione del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 ("Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"), come modificato dal D.Lgs 19 giugno 1999, n. 229 ("Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"), nonché dalla L. 8 novembre 2000, n. 328, che assegnano ai Comuni un ruolo decisionale nella programmazione, nell'integrazione sociosanitaria e nella gestione delle politiche sociali, in particolare a livello di Distretto.

Il razionale risiede nella necessità delle comunità locali di "riappropriarsi" dei loro servizi sociali e sanitari, riducendo le componenti burocratiche e ponendo invece l'accento su quelle partecipative, sia dirette sia mediate dalle istituzioni comunali. Dove il capitale sociale – espressione della partecipazione alla vita pubblica e associativa e del rendimento delle istituzioni – è più elevato, migliora anche la performance dei servizi sanitari in termini di appropriatezza. Gli Enti locali assumono un ruolo pro-attivo nelle funzioni di programmazione, regolazione e controllo, e di corresponsabilità nel governo della sanità e di *stewardship* rispetto agli obiettivi di salute.

L'obiettivo che deve essere perseguito diviene dunque quello di sviluppare e adottare strumenti che nel Lazio promuovano la compartecipazione al governo della sanità a vari livelli del sistema, ovvero:

- a livello regionale (ad esempio attraverso la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria regionale, Conferenza Regione-Autonomie locali);
- a livello aziendale (ad esempio attraverso il rafforzamento della Conferenza territoriale sociale e sanitaria, la Conferenza dei Sindaci);
- a livello di Distretto (ad esempio attraverso l'Assemblea dei Sindaci di ambito distrettuale, il Comitato di Distretto, l'Agenzia territoriale per l'integrazione sociale e sanitaria).

La partecipazione e il governo dei cittadini possono realizzarsi attraverso la sperimentazione di nuove forme di decentramento dei servizi, nonché nel rafforzamento delle istituzioni già presenti (vedi Distretti), come luogo privilegiato per l'adozione di politiche di prevenzione collettiva.

Strumentale a ciò appare la realizzazione di percorsi diretti alle amministrazioni locali, al fine di promuovere lo sviluppo di "amministratori competenti" nella scelta e attuazione di politiche locali per la salute.

Un'interessante esperienza di programmazione sociosanitaria locale da sperimentare nella realtà laziale è quella realizzata in alcune regioni (Emilia Romagna, Piemonte, Toscana) attraverso la definizione dei Piani per la salute.

I PPS sono stati definiti come il "luogo in cui la comunità locale può dar voce ai bisogni di salute percepiti e alle necessità di intervento" ed elementi strategici sono l'ascolto e la partecipazione del cittadino, la costruzione di reti con associazioni, gruppi politici, organizzazioni sindacali e di categoria; la partecipazione dei singoli cittadini; la comunicazione e il marketing sociale.

La prima fase del PPS prevede la definizione del Profilo di salute, documento elaborato dalla comunità sulla propria condizione di salute percepita, non necessariamente sovrapponibile alle evidenze epidemiologiche, che conduce all'individuazione dei bisogni di salute. Sulla base del Profilo di salute sono individuate le priorità d'intervento mediante un'azione di concerto fra le varie componenti della comunità, anche con la consulenza di tecnici epidemiologi. Una volta definiti obiettivi e azioni specifici, tutti i soggetti coinvolti, e quindi la sfera dei servizi e delle realtà produttive, l'informazione e la formazione, la tutela dell'ambiente e la promozione di attività assistenziali ecc., sono chiamati a rendere concrete le azioni nei diversi ambiti. Infine, l'ultima fase prevede il monitoraggio e valutazione del piano per verificare l'efficacia delle azioni previste e per apportare eventualmente i correttivi che si ritengono opportuni. In tutte le fasi del processo, la Conferenza territoriale sociale e sanitaria, costituiti dai sindaci della provincia, ha un ruolo di guida con il supporto dell'Azienda sanitaria locale.

### **Problema: deficit di fiducia, trasparenza e legittimazione sociale**

Nel Lazio le istituzioni pubbliche, così come avviene nel resto del Paese, sono afflitte da un deficit di legittimazione e di fiducia da parte del cittadino e dell'opinione pubblica: questo rapporto risulta particolarmente a rischio dopo il verificarsi di episodi sintomatici di scarsa trasparenza della gestione finanziaria e amministrativa e l'accertamento dell'enorme extradeficit sanitario. È evidente come la ricerca di trasparenza rappresenti un passaggio indispensabile al fine di promuovere un adeguato grado di fiducia, credibilità e legittimazione sociale dell'Ente nella comunità di riferimento.

### **Risposta: Bilancio sociale e avvio di processi di rendicontazione sociale**

In Italia, numerose amministrazioni pubbliche hanno avviato recentemente la sperimentazione di nuove forme di rendicontazione per poter rispondere in modo adeguato alla crescente esigenza di trasparenza e comunicazione da parte dei cittadini e più in generale dei diversi interlocutori esterni e interni. In tal modo si vuole far propria, anche in un contesto pubblico, la logica della responsabilità sociale, secondo la quale ogni istituzione è responsabile degli effetti che la propria azione produce nei confronti dei suoi interlocutori e della comunità. L'adozione, quindi, del Bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche sembra rispondere in modo nuovo e più efficace a queste esigenze.

L'avvio di processi di rendicontazione è espressamente richiamato dal documento "Un New Deal della Salute", dall'art. 10 della Legge finanziaria della Regione Lazio 2006, nonché dalla recente Direttiva e nelle Linee guida sulla rendicontazione sociale del Dipartimento della funzione pubblica.

I requisiti per l'adozione del Bilancio sociale sono la volontarietà, la resa del conto degli impegni, dei risultati e degli effetti sociali prodotti e l'individuazione e la costruzione di un dialogo con i portatori d'interesse.

È necessaria quindi l'adozione di una strategia che miri al coinvolgimento degli operatori interessati delle diverse Aziende sanitarie (ad esempio attraverso la costituzione di un Tavolo regionale e interaziendale per il bilancio sociale), con lo scopo di iniziare un percorso che porti alla definizione di linee guida condivise, alla sperimentazione del Bilancio sociale tra le Aziende sanitarie, attraverso l'identificazione di Aziende capofila, e all'elaborazione di un'ipotesi di Bilancio sociale di sistema per la sanità pubblica della Regione Lazio.

La Regione si impegna a emanare successivi documenti di indirizzo e linee guida sui temi sopra menzionati.

### 3. Ricerca e innovazione

#### Problemi

Le attività di ricerca possono assumere un valore strategico nella promozione dell'appropriatezza, dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione del SSR.

Infatti la crescita dell'offerta di tecnologie per la salute si accompagna spesso ad una carenza di informazioni validate in merito alle indicazioni d'uso, all'efficacia e all'impatto sui costi. Allo stesso modo le innovazioni organizzative vengono spesso proposte e attuate senza una valutazione formalmente valida della loro efficacia nel promuovere, ad esempio, l'equità distributiva dell'offerta di salute così come l'utilizzo ottimale delle risorse.

L'attuale frammentarietà delle attività di ricerca nell'ambito del SSR rappresenta un impoverimento delle potenzialità di produzione scientifica e di conoscenze valide nel contesto applicativo della sanità laziale. Il Piano tende al potenziamento e alla miglior organizzazione delle attività di ricerca, attraverso la promozione di modalità meno sporadiche e improvvisate delle attuali nei servizi già attivi, attraverso l'estensione graduale delle attività di ricerca anche in servizi attualmente non attivi in ambito di ricerca e attraverso la creazione di reti di ricerca che vedano al loro centro le strutture con un'esperienza già consolidata.

Si possono individuare tre livelli di ricerca che devono essere svolti dalle differenti istituzioni del servizio sanitario:

- la ricerca di base tesa alla comprensione dei fenomeni e dei meccanismi causali in campo biomedico. In questo campo l'Università, gli IRCCS e gli altri enti di ricerca nazionali svolgono una funzione centrale, anche se non possono in molti casi agire isolati e senza condividere priorità e obiettivi con tutto il SSN;
- una ricerca applicata, che produce evidenze su come applicare al meglio nella pratica clinica e preventiva le nuove conoscenze. In questo ambito il ruolo di tutte le parti del SSR è fondamentale, soprattutto di quelle parti che non sono specificatamente votate alla ricerca;
- una ricerca che sintetizza, contestualizza e diffonde le migliori evidenze scientifiche disponibili, valutandone l'impatto, i costi e i benefici. Per questa funzione la collaborazione fra centri dove si producono le evidenze scientifiche e il resto del SSR è alla base di ogni possibile progresso.

Esistono sicuramente degli ambiti di ricerca che sono tipicamente locali (epidemiologia, fattori organizzativi, interazioni fra stili di vita e retroterra culturali ecc.), dove le responsabilità del SSR nell'acquisire conoscenze e produrre evidenze scientifiche è diretta e indiscutibile. Esistono poi strutture che, pur facendo parte del SSR, hanno funzioni nazionali di ricerca come gli IRCCS e le Università. Infine, l'assetto del SSN e la centralità del livello regionale di decisione impongono che alla produzione di evidenze partecipino tutte le regioni, e per evitare inefficienze e duplicazioni inutili questa funzione deve essere svolta coordinandosi e sviluppando una rete di centri regionali. Un modello di tale funzionamento è ciò che ha prodotto il CCM, in collaborazione con l'ISS, nel campo della ricerca applicata in prevenzione.

Nonostante le enormi potenzialità, il quadro dell'attività di ricerca sanitaria nella nostra regione appare attualmente insoddisfacente. Le criticità principali sono:

- frammentarietà e mancanza di coordinamento. Non esiste attualmente una funzione di indirizzo e coordinamento regionale della ricerca nell'ambito del SSR;

- utilizzo non ottimale delle risorse. Molte strutture del SSR concorrono all'attività di ricerca ma non vengono sistematicamente ricercate le possibili sinergie tra le diverse strutture, se non come frutto di singoli accordi di collaborazione. Non esiste una pianificazione della destinazione delle risorse che sia coerente con gli obiettivi del PSR;
- limitato sviluppo della ricerca clinica indipendente. Gran parte della ricerca su nuovi interventi diagnostici e terapeutici viene disegnata e finanziata dall'industria;
- limitato sviluppo della ricerca sugli interventi preventivi e sui modelli organizzativi di erogazione dell'assistenza;
- insufficienza dei finanziamenti per specifici progetti di ricerca e del riconoscimento economico delle funzioni di ricerca per le strutture del SSR.

### **Risposte**

Nel corso del prossimo triennio saranno necessarie iniziative volte a promuovere lo sviluppo di attività di ricerca che rispondano alle necessità conoscitive del SSR finalizzate alla promozione dell'appropriatezza, dell'efficacia e dell'efficienza degli interventi sanitari. In tale ambito la formalizzazione di una funzione regionale di programmazione e coordinamento appare di indubbia utilità.

Sarà necessario in questo contesto valorizzare il ruolo e le potenzialità delle strutture con una vocazione primaria all'attività di ricerca, in primo luogo i Policlinici universitari e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. D'altra parte andrà favorito il progressivo e graduale coinvolgimento di tutte le strutture del SSR nelle attività di ricerca a partire dalle Aziende ospedaliere per quanto riguarda le ricerche relative a campi di alta specialità e ai servizi sul territorio per quanto riguarda le attività di prevenzione. Questo sarà possibile a partire dalla creazione di reti di ricerca che vedano al loro centro le strutture con un'esperienza già consolidata. Ma occorre anche che le strutture del SSR si attivino in modo meno sporadico e improvvisato e comincino a effettuare in modo maggiormente pianificato e organizzato attività di ricerca, autonomamente o tramite collaborazioni con altre strutture.

Infine andrà promossa l'attività di identificazione e messa a punto di tecnologie e modelli organizzativi innovativi da parte dei centri di eccellenza presenti nella regione, e la creazione di reti di ricerca traslazionale coordinate da questi centri che abbiano la capacità di integrarsi con le reti di ricerca a livello nazionale e internazionale.

Sarà indispensabile definire modalità adeguate di sostegno finanziario alle funzioni di ricerca, ma uno sforzo va fatto per promuovere un accesso ottimale alle fonti di finanziamento disponibili a livello nazionale e comunitario per specifici progetti di ricerca, oggi ancora poco utilizzate dalle strutture pubbliche non tradizionalmente dedite a tali funzioni.

### **IL RUOLO DEGLI ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO (IRCCS)**

#### **Problemi**

Gli IRCCS costituiscono una risorsa fondamentale nell'ambito del SSR. Gli IRCCS della regione Lazio operano in ambiti di riconoscimento di rilievo per le attività del SSR, incluse l'oncologia e la dermatologia, le patologie infettive e dell'ospite immunocompromesso, la riabilitazione e le neuroscienze, la pediatria. La loro caratteristica di enti che erogano l'assistenza sanitaria e al contempo svolgono attività di ricerca finalizzata ad un miglioramento dell'assistenza ne fanno un luogo ideale per la promozione dell'attività di ricerca del SSR. Finora tuttavia questi Istituti, stante la mancanza di un

inserimento organico nell'ambito del SSR, hanno svolto tale funzione in modo frammentario e non organico. Il completamento del processo di riforma degli IRCCS permette oggi di delinearne una nuova funzione nel SSR, pur preservando la proiezione delle loro attività a livello nazionale e internazionale, caratteristica imprescindibile di enti di ricerca scientifica e sanitaria.

## **Risposte**

Gli IRCCS saranno chiamati nel prossimo triennio a svolgere un ruolo importante nello sviluppo del SSR a diversi livelli:

- formazione continua per il personale del SSR. Gli IRCCS potranno fornire corsi ECM finalizzati sia alla formazione su interventi di nuova introduzione dell'ambito del SSR, sia sulla metodologia di valutazione degli interventi e della ricerca sanitaria;
- valutazione di nuove tecnologie, nuovi interventi preventivi e nuovi modelli organizzativi. Questa attività, centrata sugli IRCCS per gli ambiti di riconoscimento, dovrà idealmente vedere il coinvolgimento organico di altre strutture del SSR e dell'ASP, e dovrà essere finalizzata a fornire al SSR gli elementi conoscitivi per il governo dei processi di sviluppo e innovazione;
- sviluppo di ricerche su aspetti metodologici e organizzativi con un alto livello di trasferibilità ad altre strutture del SSR. In tale ambito andranno costituite reti di ricerca a livello regionale, integrate con reti nazionali e internazionali;
- supporto ad attività del SSR che richiedano elevata specializzazione. Gli IRCCS potranno svolgere funzione di supporto tecnico e/o di centro di riferimento per attività di sorveglianza e controllo;
- funzione di Centro di riferimento. Gli IRCCS saranno chiamati a funzioni di centro di riferimento per attività assistenziali nell'ambito della programmazione regionale nei sistemi di reti hub and spoke pianificati a livello regionale.

## **IL RUOLO DELL'UNIVERSITÀ NEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE DEL LAZIO**

### **Problemi**

La storia sanitaria recente della regione Lazio è caratterizzata dal paradosso di avere, in particolare a Roma, la maggiore concentrazione in Italia di Università ed Enti di ricerca di rilievo nazionale e internazionale e di aver finora utilizzato queste risorse in modo parziale, mentre per la programmazione, l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari regionali possono avere un ruolo di supporto ben più importante.

Le organizzazioni universitarie mediche nel Lazio sono:

- la I Facoltà di Medicina e chirurgia dell'Università di Roma "La Sapienza";
- la II Facoltà di Medicina e chirurgia dell'Università di Roma "La Sapienza";
- la Facoltà di Medicina e chirurgia dell'Università di Roma "Tor Vergata";
- la Facoltà di Medicina e chirurgia "A. Gemelli" dell'Università Cattolica del Sacro Cuore;
- la Facoltà di Medicina e chirurgia del Campus Biomedico.

Le strutture universitarie, essendo in grado di trasferire più rapidamente al letto del paziente i risultati della ricerca scientifica, hanno un ruolo essenziale nell'offerta di prestazioni di eccellenza alla popolazione.

Occorre però utilizzare bene questa risorsa, inserendola razionalmente nel quadro dei servizi erogati dal SSR. I Policlinici universitari sono particolarmente attrattivi per le patologie più rare e/o di maggiore complessità, e richiamano pazienti anche dalle altre regioni. Ma al di là della domanda prevalente è necessario trovare la giusta collocazione delle strutture universitarie nell'ambito delle reti dell'assistenza, perché fungano da poli di riferimento in collegamento con altri centri clinici e perché si integrino con gli altri servizi sanitari, anche ai fini del loro inserimento nei processi di continuità dell'assistenza.

Ciò premesso, e pur nei limiti di ogni generalizzazione, è possibile rilevare che, nel nostro Paese e anche nel Lazio, le strutture mediche universitarie sono caratterizzate dai seguenti problemi:

- difficoltà nel conciliare le esigenze della medicina clinica universitaria con lo schema assistenziale dei sistemi sanitari;
- difficoltà nel conciliare le attività assistenziali con quelle didattiche e di ricerca;
- difficoltà ad adottare modelli gestionali e funzionali che garantiscano un miglioramento continuo della qualità dei servizi in un contesto però di contenimento delle spese;
- problemi di costo: tra *teaching hospitals* e *non teaching hospitals* si evidenzia un differenziale di costo considerevole se pur in diminuzione. I Policlinici universitari devono sostenere più elevati costi per la cura dei pazienti rispetto alle altre strutture sanitarie a causa della loro mission di formazione medica e sanitaria, di ricerca biomedica e del mantenimento di capacità disponibile per i pazienti affetti da patologie complesse.

## **Risposte**

La crescente domanda di prestazioni costringe spesso il personale medico universitario a privilegiare le attività assistenziali riducendo parallelamente i tempi e gli spazi dedicati alle attività didattiche e scientifiche.

Occorre dunque garantire il mantenimento della capacità di esercitare le funzioni cui sono preposte queste strutture, anzi bisogna assicurare un miglioramento della qualità di tutte e tre le componenti (assistenza, didattica e ricerca), impedendo che l'eccessiva richiesta dell'una possa soffocare o rendere di bassa qualità le altre. Questo può essere perseguito in vari modi, ad esempio tramite la revisione degli impegni fra Regione e Università sugli aspetti inerenti alla ricerca e alla formazione, o anche attraverso la revisione delle modalità con cui tali attività sono finanziate.

In sintesi i punti sui cui è necessario focalizzarsi per un contributo ottimale delle Facoltà mediche delle Università laziali sono:

sul piano dell'assistenza:

- le strutture universitarie devono essere inserite nelle reti di assistenza con ruoli specifici a seconda delle specialità e delle potenzialità che offrono;
- le strutture universitarie devono attuare processi di integrazione con gli altri servizi sanitari ospedalieri e territoriali per garantire efficacia delle cure, appropriatezza nell'uso delle risorse e continuità assistenziale.

Sul piano della ricerca:

- nei loro piani le Università e il SSR devono tenere in considerazione le implicazioni della ricerca anche diretta a migliorare l'erogazione dei servizi assistenziali;



- Regione e Università devono concordare una parte delle attività di ricerca sulla base di ciò che è maggiormente utile alle esigenze di conoscenza specifiche della Regione, alle esigenze di valutazione di interventi del servizio sanitario e ad altri problemi prioritari cui la ricerca può fornire risposte;
- le Università collaborano con il SSR per attività di ricerca e tendono a coinvolgere i servizi sanitari della regione in programmi di ricerca multicentrici.

Sul piano della formazione:

- Università e Regione devono concordare in maniera univoca l'obiettivo di formare personale sanitario in grado di soddisfare le necessità attuali e future del SSR e devono definire le modalità per raggiungere tale obiettivo;
- Università e Regione devono trovare forme di condivisione della responsabilità formativa;
- i piani e le politiche di formazione devono essere resi noti a tutti gli attori in campo;
- Università e Regione devono collaborare e garantire l'implementazione di programmi di formazione manageriale per l'alta dirigenza.

### **IL RUOLO DELLE ASL E DELLE AO**

Vi sono ambiti in cui il ruolo delle normali strutture territoriali e ospedaliere del SSR nello svolgere ricerca è ben più di quello che abbiamo visto di collaborazione con IRCSS e università e di partecipare al reclutamento di pazienti o fornire dati e casistica. In particolare si possono individuare alcuni campi in cui il bisogno conoscitivo che giustifica la ricerca e il setting fondamentale dove può svolgersi sono per definizione altri dalle strutture istituzionalmente dedicate alla ricerca:

- la valutazione di costo-efficacia di interventi di comunità, in particolare le campagne di prevenzione di massa;
- la valutazione di efficacia di modelli organizzativi dei servizi;
- la medicina di base;
- in un sistema che intende organizzare l'ospedale per livelli di assistenza, anche la ricerca di base per le patologie meno complesse dovrà svolgersi in ospedali non specializzati e legati al territorio;
- la valutazione delle campagne di educazione alla salute e più in generale di tutte le iniziative dirette ai cittadini sani;
- la valutazione di metodi per la diffusione di linee guida;
- gli studi sugli scostamenti dalla buona pratica clinica.

Una partecipazione diffusa dei servizi tradizionalmente non deputati alle attività di ricerca può portare diversi effetti benefici:

- introduce la mentalità del lavoro per progetti e la valutazione degli obiettivi raggiunti;
- permette una più rapida diffusione delle conoscenze acquisite;
- mantiene aggiornati i professionisti;
- abitua a lavorare in rete con altri centri e al confronto con altre realtà nazionali e internazionali;
- obbliga alla valutazione del proprio operato, sottoponendolo al giudizio di pari.

In quest'ottica appare particolarmente calzante la definizione di "studi intervento", cioè studi di grandi dimensioni come trial di fase IV, studi pilota o di fattibilità, trial di prevenzione, che oltre ad avere una valenza nell'acquisizione di

conoscenze o di evidenze di efficacia, svolge una funzione di aggiornamento degli operatori o di rodaggio dell'organizzazione di un intervento di sanità pubblica in quel campo.

#### **INNOVAZIONI GESTIONALI: IL RUOLO DELLE FONDAZIONI**

Soprattutto in relazione al problema della traslazione nella pratica clinica delle acquisizioni scientifiche derivate dalla ricerca, occorre individuare, tra l'altro, forme innovative di gestione delle strutture idonee per qualità assistenziale e complessità dei casi trattati. Tali innovazioni, per le quali, soprattutto in relazione alla ricerca, la Regione potrà destinare quote derivate dagli abbattimenti effettuati dal sistema di controlli dell'inappropriatezza, potranno contemplare, nell'ambito delle normative oggi in vigore, forme di sperimentazione pubblico-privato all'interno di un quadro di riferimento che tenga necessariamente conto dei seguenti aspetti:

- rapporti solidi tra pratica clinica e ricerca;
- complessità dei casi trattati di livello medio-alto;
- non afferenza ad aree territoriali definite, tranne per sperimentazioni in ambito di emergenza-urgenza;
- rispetto rigoroso della natura no profit delle sperimentazioni;
- aderenza al modello già proposto da altre Regioni alla discussione presso la Conferenza Stato-Regioni e sintetizzabile come segue.

Il tipo di fondazioni a cui si intende dar vita nella regione segue il modello innovativo che mira a realizzare in modo efficace il principio di sussidiarietà orizzontale attraverso la partecipazione di soggetti pubblici a fianco di quelli privati, attivando forme di assistenza e ricerca con un nuovo sistema di gestione. Ciò consente una sinergia di azioni e l'unione di risorse economiche e personali di entrambi i settori.

Le fondazioni non hanno scopo di lucro. La loro costituzione è operata da un insieme aperto di soggetti a cui altri possono aggiungersi successivamente. Il patrimonio è vincolato alla realizzazione di uno scopo immutabile nel tempo. Le fondazioni dovranno sperimentare la collaborazione nel campo dell'assistenza specializzata e della ricerca. Esse partecipano alle attività del Servizio sanitario regionale come presidi ospedalieri specialistici e ne costituiscono punti di eccellenza; si relazionano con le ASL per gli aspetti relativi alle reti di assistenza, alla ricerca e alla formazione. Fra i principali obiettivi di tali fondazioni ci sono la realizzazione del legame fra ricerca e pratica clinica, la ricerca traslazionale, la diffusione dei risultati delle sperimentazioni e la formazione.

#### **HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT E BIOTECNOLOGIE**

Le biotecnologie sono un campo per natura in rapida evoluzione, conseguentemente la programmazione a medio e lungo termine delle attività di valutazione delle biotecnologie in sanità pubblica risulta difficile. Così come risulta difficile mantenere aggiornate linee guida per il loro utilizzo che garantiscano appropriatezza.

Il ruolo del SSR nel caso di interventi e presidi che non abbiano ancora evidenze di efficacia clinica o preventiva è quello di promuovere l'appropriatezza e di limitarne la diffusione opportunistica.

Nel contempo i SSR, in rete fra loro e di concerto con la comunità scientifica nazionale e internazionale, partecipano al processo di acquisizione di conoscenze e di costruzione delle evidenze che permettano di chiarire quali siano le possibilità di uso appropriato delle biotecnologie.

Dall'ampia definizione di biotecnologie e dalla premessa sulla mutevolezza degli scenari nasce l'esigenza di definire dei criteri per stabilire le priorità delle biotecnologie da affrontare.

I criteri saranno ispirati a queste tre dimensioni:

- magnitudo dell'impatto sulla salute della popolazione;
- impatto sul workload e sull'organizzazione dei servizi sanitari;
- impatto sulle finanze del Servizio sanitario regionale.

Applicando i criteri definiti, le biotecnologie individuate come potenzialmente rilevanti sono:

- vaccini anti HPV, anti meningococco e anti pneumococco;
- utilizzo dei test molecolari nei programmi di screening (HPV, DNA fecale, P16 ecc.);
- marcatori di rischio genetico;
- farmaci biologici nei malati cronici;
- tecniche di procreazione;
- terapia genica.

## 4. Bisogni informativi per il governo e ruolo dell'epidemiologia

Le conoscenze scientifiche prodotte dall'epidemiologia sullo stato di salute della popolazione, i determinanti di salute, l'efficacia degli interventi e i loro esiti sono uno degli elementi su cui basare possibili scelte di programmazione sanitaria. La ricerca epidemiologica contribuisce alla produzione di nuove evidenze e alla sintesi delle evidenze già disponibili attraverso le seguenti funzioni:

- descrizione, sulla base di metodi quantitativi, dello stato di salute della popolazione e dei suoi determinanti noti, in particolare dei fattori biologici, dei fattori ambientali e sociali, degli interventi del sistema sanitario e di prevenzione;
- studio delle possibili associazioni tra determinanti e gradi dello stato di salute, in particolare studio del possibile ruolo eziologico di fattori biologici, ambientali e sociali e degli interventi del sistema sanitario e di prevenzione e del loro impatto a livello di popolazione;
- formulazione di proposte per programmi di intervento;
- valutazione dell'efficacia dei programmi di intervento.

Il ruolo dell'epidemiologia nel Servizio sanitario della Regione Lazio si è sviluppato prima con la L.R. 9/79 istitutiva dell'OER del Lazio, poi con la L.R. 16/99, istitutiva dell'Agenzia regionale di sanità pubblica e più recentemente con la D.G.R. n. 290 del 19 gennaio 2006 "Direttive per lo svolgimento delle attività di epidemiologia del SSR". I processi di riorganizzazione del SSR richiedono oggi una razionalizzazione dell'organizzazione delle attività di epidemiologia del SSR, soprattutto per garantire la maggiore efficacia nell'utilizzazione delle competenze scientifiche disponibili.

La sempre maggiore complessità delle conoscenze scientifiche multidisciplinari necessarie per le attività di epidemiologia rende necessaria una loro forte concentrazione in un'organizzazione di livello regionale in grado di fornire alle Aziende del SSR il necessario supporto metodologico, il coordinamento e gli indirizzi, per rispondere alle complesse esigenze conoscitive per la valutazione della salute della popolazione e per la valutazione dell'efficacia degli interventi del sistema sanitario.

Pertanto in attuazione del presente PSR, le funzioni regionali di cui all'art. 5 della L.R. 16/99 e successive modifiche e integrazioni sono attribuite al Dipartimento di Epidemiologia della ASL RME che assume la denominazione di Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio.

Nello svolgimento di queste funzioni il Dipartimento di Epidemiologia fornisce a Laziosanità-ASP le conoscenze epidemiologiche necessarie per lo svolgimento delle funzioni di cui all'art. 6 della succitata L.R. 16/99, collabora alla progettazione, sviluppo e valutazione dei sistemi informativi necessari alle funzioni di epidemiologia ed è identificato come COR ai sensi dell'art. 244 del Decreto Legislativo n. 81 del 9 aprile 2008.

Il Dipartimento di Epidemiologia svolge funzioni di indirizzo e coordinamento delle attività di epidemiologia delle Aziende e dei soggetti accreditati del SSR della Regione Lazio, promuovendo lo sviluppo di una rete collaborativa per l'epidemiologia del SSR, e curando rapporti con le istituzioni nazionali in materia di epidemiologia.

Il finanziamento a funzione del Dipartimento di Epidemiologia è previsto con destinazione vincolata alla ASL RME.

Sono individuate le seguenti aree di attività:

- epidemiologia ambientale, in collaborazione con ARPA, in particolare: inquinamento atmosferico, ondate di calore, campi elettromagnetici, radioattività naturale, amianto, qualità dell'aria negli ambienti chiusi, smaltimento dei rifiuti, impianti di produzione di energia elettrica con fonti non rinnovabili, studi in popolazioni residenti in prossimità di insediamenti industriali, rischi ambientali della valle del Sacco;
- valutazione degli esiti dei servizi sanitari, in particolare: definizione ed elaborazione di indicatori di esito; elementi di valutazione degli esiti per la programmazione sanitaria;
- tossicodipendenze, in particolare descrizione dell'occorrenza di uso/abuso/dipendenza e descrizione dell'impatto sulla salute dell'uso di sostanze stupefacenti;
- revisione sistematica della letteratura scientifica sull'efficacia degli interventi sanitari, in particolare sull'efficacia degli interventi di prevenzione, di assistenza e organizzativi, rilevanti ai fini dell'attuazione del Piano sanitario regionale;
- disuguaglianze socioeconomiche di salute, in particolare: analisi delle disuguaglianze nella salute e nella qualità delle cure, sviluppo e validazione di indicatori socioeconomici, valutazione dell'efficacia degli interventi di riduzione delle disuguaglianze;
- sviluppo di un programma regionale di aggiornamento e formazione in metodologia epidemiologica, anche in collaborazione con le Università.

La realizzazione dei programmi regionali di epidemiologia è subordinata alla disponibilità di informazioni tempestive e di buona qualità:

- sulle caratteristiche del territorio (con particolare riferimento alle esposizioni di tipo ambientale e lavorativo);
- sulla popolazione residente (possibilmente inclusive di uno o più indicatori di livello socioeconomico, individuale o di piccola area);
- sui contatti di tale popolazione con i servizi sanitari ai diversi livelli assistenziali (prescrizioni farmaceutiche, assistenza specialistica, accessi in PS e ricoveri ospedalieri in acuzie, trattamenti riabilitativi post-acuzie, estensivi e di mantenimento, assistenza domiciliare ecc.);
- sulla mortalità per causa.

Le informazioni sopra elencate dovranno essere oggetto, nei prossimi anni:

- di interventi sistematici finalizzati ad assicurare la copertura, la completezza e la qualità dei sistemi informativi del SSR;
- di un complesso processo di integrazione che, dotandosi di strumenti per il trattamento dei dati personali che garantiscano la protezione della privacy secondo le norme in vigore, permettano al titolare della funzione epidemiologica la ricostruzione longitudinale, in capo al singolo individuo, di esperienze di esposizione, malattia, interventi del sistema sanitario e loro esiti; che permettano in altri termini, e subordinatamente alla qualità delle informazioni disponibili, la progettazione e la realizzazione di studi epidemiologici osservazionali di tipo sia eziologico che valutativo, strumento strategico irrinunciabile per la programmazione sanitaria.

Laziosanità-ASP e il Dipartimento di Epidemiologia del SSR definiscono accordi di collaborazione scientifica per sviluppare programmi integrati. Per lo svolgimento delle proprie funzioni e visto l'art. 3 bis della L.R. 16/99 e s.m.i., Laziosanità-ASP e il Dipartimento di Epidemiologia del Lazio hanno accesso diretto, in tutte le fasi, alle basi di dati dei sistemi informativi in materia sociosanitaria, ivi compresi i sistemi di sorveglianza e i registri di patologia, gestiti dalla Regione Lazio, dagli enti dipendenti, da società con specifico incarico regionale e dalle Aziende del SSR.

Per quanto riguarda i programmi di epidemiologia nel campo delle malattie da infezione, occorre sottolineare il ruolo del Dipartimento di Epidemiologia dell'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive L. Spallanzani (INMI) che collabora in tale ambito con Laziosanità-ASP.

## 5. Associazioni dei cittadini

Il tema della partecipazione civica trova nell'art. 118 u.c. della Costituzione un rinnovato slancio oltre che una legittimazione formale del riconoscimento della funzione di interesse generale svolta dai cittadini singoli o associati che si attivano per migliorare la qualità dei servizi e per garantire i diritti dei cittadini.

In questo scenario dunque si colloca il tema della partecipazione civica e il ruolo dei cittadini singoli e organizzati in associazioni di rappresentanza e di tutela. L'art. 14 del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502, e succ. mod. rappresenta una sorta di pietra miliare della partecipazione civica in sanità, in quanto la sua stesura raccoglie numerose indicazioni fornite dalle stesse organizzazioni di tutela. **I luoghi di partecipazione** civica già esistenti e garantiti dalla normativa vanno tuttavia curati con particolare attenzione sia sotto il profilo della formazione dei soggetti coinvolti (istituzionali e non), sia sotto l'aspetto del controllo e della qualità ed efficienza del loro operato. In particolare si reputa necessario incrementare la presenza delle organizzazioni civiche nei seguenti istituti già previsti dalla normativa vigente:

**Nuclei di valutazione.** Rispetto a tale istituto si ritiene che debba essere assicurata la presenza delle organizzazioni di tutela dei diritti dei cittadini. Ciò anche al fine di garantire il principio di terzietà e oggettività. La verifica e la valutazione annuale dei risultati di gestione dei Dirigenti di Struttura complessa e di Struttura semplice a cui sono state affidate risorse, nonché dei risultati raggiunti da tutti i Dirigenti in relazione agli obiettivi affidati, anche ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato, non possono prescindere dalle osservazioni degli utenti stessi.

**Commissioni miste conciliative.** Lo scenario di attuazione e funzionalità delle Commissioni è ancora troppo ridotto. Le potenzialità di tale istituto sono di fatto sconosciute alla gran parte dei cittadini. Attraverso tale strumento le organizzazioni civiche possono contribuire a offrire un servizio essenziale e al tempo stesso a migliorare le prestazioni del SSR. Attorno alla piena attuazione dell'istituto ruotano quindi diritti essenziali quali quello all'informazione, alla fiducia, alla qualità.

Non vanno inoltre trascurate le esperienze dei **Comitati etici** (particolare importanza riveste il lavoro da effettuare intorno a temi quali il "consenso informato") e i **Comitati per il buon uso del sangue**, che costituiscono occasioni di confronto e di dialogo tra cittadini utenti e amministrazione.

I cittadini, anche attraverso le azioni tipiche delle organizzazioni civiche *quali monitoraggi periodici, raccolta di segnalazioni, produzione di report di informazione civica, campagne informative e di sensibilizzazione ecc.*, possono contribuire a formalizzare e far emergere i diritti che si trovano a rischio. In tal senso vanno lette e utilizzate le *carte dei diritti del malato*, proclamate negli anni dagli stessi cittadini, oggetto di confronto e al tempo stesso strumento di possibile misurazione della qualità complessiva del sistema sanitario.

Nel riquadro che segue si riporta la Carta europea dei diritti del malato, quale esempio di programma di lavoro che emerge dall'esperienza diretta dei malati e ipotesi concreta di un piano di lavoro tra gli stessi e la Pubblica amministrazione.

- 1. Diritto a misure preventive.** Ogni individuo ha diritto a servizi appropriati a prevenire la malattia.
- 2. Diritto all'accesso.** Ogni individuo ha il diritto di accedere ai servizi sanitari che il suo stato di salute richiede. I servizi sanitari devono garantire eguale accesso a ognuno, senza discriminazioni sulla base delle risorse finanziarie, del luogo di residenza, del tipo di malattia o del momento di accesso al servizio.
- 3. Diritto all'informazione.** Ogni individuo ha il diritto di accedere a tutti i tipi di informazione che riguardano il suo stato di salute e i servizi sanitari e come utilizzarli, nonché a tutti quelli che la ricerca scientifica e l'innovazione tecnologica rendono disponibili.
- 4. Diritto al consenso.** Ogni individuo ha il diritto ad accedere a tutte le informazioni che lo possono mettere in grado di partecipare attivamente alle decisioni che riguardano la sua salute. Queste informazioni sono un prerequisito per ogni procedura e trattamento, ivi compresa la partecipazione alla ricerca scientifica.
- 5. Diritto alla libera scelta.** Ogni individuo ha il diritto di scegliere liberamente tra differenti procedure ed erogatori di trattamenti sanitari sulla base di adeguate informazioni.
- 6. Diritto alla privacy e alla confidenzialità.** Ogni individuo ha il diritto alla confidenzialità delle informazioni di carattere personale, incluse quelle che riguardano il suo stato di salute e le possibili procedure diagnostiche o terapeutiche, così come ha diritto alla protezione della sua privacy durante l'attuazione di esami diagnostici, visite specialistiche e trattamenti medico-chirurgici in generale.
- 7. Diritto al rispetto del tempo dei pazienti.** Ogni individuo ha diritto a ricevere i necessari trattamenti sanitari in un periodo di tempo veloce e predeterminato. Questo diritto si applica a ogni fase del trattamento.
- 8. Diritto al rispetto di standard di qualità.** Ogni individuo ha il diritto di accedere a servizi sanitari di alta qualità, sulla base della definizione e del rispetto di precisi standard.
- 9. Diritto alla sicurezza.** Ogni individuo ha il diritto di essere libero da danni derivanti dal cattivo funzionamento dei servizi sanitari, dalla malpractice e dagli errori medici, e ha il diritto di accesso a servizi e trattamenti sanitari che garantiscano elevati standard di sicurezza.
- 10. Diritto all'innovazione.** Ogni individuo ha il diritto all'accesso a procedure innovative, incluse quelle diagnostiche, secondo gli standard internazionali e indipendentemente da considerazioni economiche o finanziarie.
- 11. Diritto a evitare le sofferenze e il dolore non necessari.** Ogni individuo ha il diritto di evitare quanta più sofferenza possibile, in ogni fase della sua malattia.
- 12. Diritto ad un trattamento personalizzato.** Ogni individuo ha il diritto a programmi diagnostici o terapeutici quanto più possibile adatti alle sue personali esigenze.
- 13. Diritto al reclamo.** Ogni individuo ha il diritto di reclamare ogni qual volta abbia sofferto un danno e ha il diritto a ricevere una risposta o un altro tipo di reazione.
- 14. Diritto al risarcimento.** Ogni individuo ha il diritto di ricevere un sufficiente risarcimento in un tempo ragionevolmente breve ogni qual volta abbia sofferto un danno fisico ovvero morale e psicologico causato da un trattamento di un servizio sanitario.



## 6. Continuità assistenziale

### Problemi

La condizione di malattia, nella pratica quotidiana, viene ricondotta prevalentemente ad un quadro clinico determinato e, avvalendosi di sistemi classificatori e tassonomici, ad un problema perlopiù d'organo. Questo metodo riduzionista favorisce al contempo l'approccio specialistico e la medicalizzazione di condizioni anche non strettamente cliniche.

Il cittadino, inoltre, riceve risposte costituite da singole prestazioni che possono anche essere caratterizzate da elevato livello professionale e tecnico, ma che spesso risultano frammentarie e contraddistinte da una discontinuità degli interventi, sia all'interno del particolare ambito specialistico che tra i diversi livelli assistenziali.

In assenza di un efficiente coordinamento tra i livelli assistenziali e i diversi operatori si crea un vuoto assistenziale, percepito dal paziente come abbandono istituzionale. Non è infrequente che il paziente o i suoi familiari debbano cercare da soli la via per la prosecuzione delle cure, costruendo da sé il seguito del percorso assistenziale spesso senza un reale orientamento né sulle opportunità praticabili né sull'appropriatezza delle stesse. Il fenomeno dei ricoveri ripetuti a breve termine (nel 2004 nella regione Lazio si sono registrati tra gli anziani circa 42.000 nuovi ricoveri acuti entro 30 giorni da una precedente dimissione dall'ospedale) appare un indicatore significativo del problema.

Se la prospettiva futura vede le strutture ospedaliere, caratterizzate da un sempre più elevato livello di specializzazione, erogare un'assistenza sanitaria ai pazienti soprattutto nella fase acuta della malattia, è ancora più essenziale disporre di una funzione che possa fungere da cerniera tra la realtà ospedaliera e quella territoriale, e che agisca da garante della continuità delle cure soprattutto per quei soggetti "complessi" perché portatori di polipatologie cronico-degenerative e/o non autosufficienti.

Accanto a diversi modelli come il *disease management*, in cui si sperimentano percorsi diagnostici innovativi centrati sul consulto medico-specialistico e sulle forme di assistenza domiciliare per malattie croniche, la continuità assistenziale deve potersi avvalere di strumenti di integrazione di servizi sociali, sanitari, educativi e di contesto mediante lo sviluppo e l'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione all'interno di un sistema di reti.

Nella sua definizione più stretta, e se vogliamo fuorviante, il servizio di continuità assistenziale assicura le prestazioni sanitarie non differibili ai cittadini residenti nell'ambito territoriale di competenza e si avvale dei medici di continuità assistenziale.

Nella sua accezione più vasta la continuità assistenziale va intesa come "continuità delle cure" e rappresenta una nuova frontiera attraverso la quale si realizza l'integrazione fra diverse componenti del sistema sanitario e la risposta al bisogno di "non interruzione" del processo assistenziale. In estrema sintesi i percorsi di cura non possono completarsi all'interno dell'ospedale né identificarsi con l'assistenza offerta dalle cure primarie, ma necessitano di un'integrazione fra livelli assistenziali di diversa intensità e complessità. Organizzare servizi di continuità assistenziale significa individuare modalità di raccordo e di relazioni stabili fra assistenza ospedaliera e cure territoriali, nel rispetto delle peculiari specificità dei singoli ambiti assistenziali. Il tema della continuità assistenziale è stato oggetto di numerosi richiami in

alcuni documenti istituzionali, tra cui il Piano sanitario nazionale 2006-2008 (ottobre 2006), il Protocollo di intesa tra Governo e Regioni sul Patto per la salute (settembre 2006)<sup>6</sup>.

## Risposte

La continuità assistenziale non prevede, di per sé, una sovrapposizione strutturale, ma piuttosto uno sviluppo funzionale e organizzativo, che orienti e faciliti il percorso del cittadino, ponendo in relazione tra loro strutture e professionisti ospedalieri e territoriali.

La continuità assistenziale è un concetto *dinamico* che supera gli aspetti prestazionali e meramente riparativi sino ad oggi preponderanti in ambito sanitario, sia a livello ospedaliero che territoriale. Il superamento culturale della concezione dell'azione sanitaria così come prevalentemente si configura nell'attività quotidiana costituisce la condizione per indirizzare i sistemi sanitari verso una visione olistica del bisogno.

Il concetto di continuità sviluppa intrinsecamente l'idea di *bidirezionalità*, dove per continuità va intesa la realizzazione di un percorso "sicuro" nella fase di convalescenza del soggetto, dall'ospedale per acuti al territorio, ma anche il percorso inverso, vale a dire dal territorio all'ospedale o ad altro setting assistenziale. La struttura ospedaliera si andrà sempre più caratterizzando verso l'assistenza di pazienti nella fase acuta della malattia, con necessità di elevato livello di specializzazione, di un ampio impiego di tecnologia e riduzione dei tempi di degenza; l'utente medio tenderà sempre più ad essere un soggetto acuto, in età avanzata e polipatologico (e, probabilmente, portatore di una o più disabilità).

In questa regione, dunque, l'ospedale deve acquisire la connotazione di una risorsa cui ricorrere quando sia strettamente indispensabile e solamente per il tempo necessario; ne consegue l'obbligo di prevedere una rete territoriale in grado di fungere da filtro negli ingressi, che selezioni sulla base di requisiti predefiniti i pazienti per i quali è richiesto il ricorso alle cure ospedaliere e sia in grado di accogliere in tutti i livelli delle cure intermedie il paziente post-acuto.

Indipendentemente dal setting in cui un soggetto con problematiche assistenziali "complesse" è allocato, gli elementi chiave per la continuità assistenziale sono individuati nei seguenti punti:

- valutazione globale dei bisogni assistenziali mediante la consolidata metodologia della Valutazione multidimensionale (VMD);
- stesura di un Piano assistenziale individuale (PAI);
- identificazione del case manager del soggetto con assunzione diretta della responsabilità non tanto dei singoli atti terapeutici o assistenziali, quanto dell'intero processo assistenziale (presa in carico);
- garanzia di continuità delle informazioni attraverso un linguaggio condiviso tra i diversi setting assistenziali, il trasferimento delle informazioni e l'accessibilità di tutti gli attori ai dati di interesse, l'utilizzo di strumenti di valutazione condivisi e integrabili;
- definizione di procedure chiare e condivise tra i vari professionisti e attori coinvolti nel processo di cura per la gestione di percorsi assistenziali, con esplicitazione dei ruoli e dei compiti ma anche con la necessaria flessibilità organizzativa.

---

<sup>6</sup> D.G.R. del 19 giugno 2007, n. 433: "Continuità assistenziale e dimissioni protette"; Linee guida del Ministero della Salute del 14 luglio 2007: "La VMD è da considerarsi il core della continuità assistenziale".

Nello specifico delle dimissioni protette, per realizzare la continuità assistenziale fra l'ospedale e il domicilio del paziente è dunque essenziale integrare i medici di famiglia singoli o associati con la realtà distrettuale, con gli specialisti e gli altri professionisti della salute, con i medici di continuità assistenziale e con gli operatori del 118, oltre che intensificare e migliorare le varie forme di assistenza domiciliare. Lo sviluppo delle cure primarie presuppone anche un'accurata revisione dei modelli assistenziali della professionalità infermieristica, con l'acquisizione di competenze specifiche e diversificate quali quelle richieste dal ruolo di case manager. La figura dell'infermiere è proprio quella che, ponendo in essere un approccio sistemico all'assistenza, rappresenta in questo contesto l'interfaccia privilegiata tra l'utente, i curatori informali (caregiver), i diretti attori dell'équipe di cura (MMG, Distretto) e le risorse formali e informali presenti nella comunità, costituenti la rete.

Il ruolo centrale delle équipe di cure primarie nel soddisfacimento della richiesta di continuità assistenziale da parte del cittadino prevede la garanzia della continuità assistenziale per 24 ore e 7 giorni su 7, il potenziamento delle forme associative dei MMG, la promozione del Presidio territoriale di prossimità (luogo materiale di ricomposizione dei processi di cura e delle attività di prevenzione), l'istituzione in ogni ASL dei Dipartimenti di cure primarie, il potenziamento dell'assistenza domiciliare fino all'ospedalizzazione a domicilio, quando occorra. Il governo della continuità assistenziale è affidato al Distretto, che rappresenta l'unità territoriale di riferimento dell'organizzazione dei servizi e della presa in carico. Per quanto riguarda la dotazione prevista nel Lazio dei Presidi territoriali di prossimità, si veda quanto indicato nella Parte III, cap. 3.d.

I percorsi organizzativi e clinico-assistenziali nei quali è indispensabile che si realizzi il modello di continuità assistenziale, e per i quali le ASL dovranno sviluppare specifici progetti, sono individuati nei seguenti punti:

- dimissioni protette per pazienti fragili e/o complessi;
- percorsi riabilitativi integrati (ictus, frattura di femore, patologia cardiovascolare);
- cure palliative;
- gestione integrata dei pazienti con patologie croniche (ad esempio neoplasie, diabete, insufficienza respiratoria cronica) e con problematiche ad alta intensità assistenziale (ad esempio sclerosi laterale amiotrofica);
- gestione integrata del paziente con disturbi cognitivi e del comportamento (demenze senili e Alzheimer).

## **ORGANIZZAZIONE DI UNA BANCA DI DATI SULLE FRAGILITÀ SOCIO SANITARIE**

### **Premessa**

Mentre in campo sanitario è consolidato l'uso dei termini "susceptibilità" (maggiore probabilità di subire un effetto negativo a fronte di un livello dato di esposizione ambientale) e "vulnerabilità" (susceptibilità + maggiore probabilità di essere esposti ad un determinato livello di esposizione ambientale), la definizione di "fragilità" è ancora oggetto di discussione scientifica.

Non è possibile identificare una condizione di fragilità generica, ma possono essere identificate fragilità specifiche rispetto a:

- esposizioni ambientali (un esempio è l'individuazione di popolazioni vulnerabili agli effetti delle ondate di calore);

- capacità di beneficiare di un determinato intervento sanitario o sociale di provata efficacia.

Pertanto la realizzazione di “banche di dati” di persone fragili comporta innanzitutto l'identificazione delle esposizioni rispetto alle quali si determina la fragilità e/o si vogliono attuare gli interventi sanitari e sociali efficaci.

### **Modello operativo**

Il primo passo consiste nell'individuazione di priorità per azioni integrate in ambito sanitario e sociale. Una volta identificate le priorità è necessario definire programmi di intervento ritenuti efficaci sulla base delle conoscenze disponibili in letteratura.

Alla definizione del programma di intervento segue l'individuazione delle caratteristiche della popolazione oggetto dell'intervento stesso e quindi delle informazioni individuali necessarie per l'identificazione della popolazione target (soggetti “fragili”). Una volta definite le caratteristiche della popolazione è necessario verificare la disponibilità di Sistemi informativi sanitari e sociali (sistematici, esistenti su supporto informatico, di qualità controllata) che costituiscono la fonte delle informazioni a livello individuale per poter identificare i soggetti fragili (definiti in base alle priorità di intervento e all'esistenza di interventi efficaci).

Se tali Sistemi informativi esistono si procede alla creazione delle “liste/elenchi di soggetti fragili”, al livello rispetto al quale sono definiti e operativamente attivabili programmi di intervento (quindi regionale quando si tratta di programmi di ambito regionale, di ASL quando si tratta di programmi di una o più ASL, di distretto/municipalità quando si tratta di programmi locali), a partire dall'anagrafe comunale e con la successiva integrazione delle banche dati sanitarie e sociali disponibili.

Se le banche dati sociali e/o sanitarie non sono disponibili l'obiettivo diventa l'implementazione o la progettazione di sistemi informativi che siano finalizzati alla raccolta delle informazioni necessarie all'identificazione della popolazione oggetto degli interventi sociosanitari individuati come prioritari.

### **Fasi operative**

1. Identificazione di priorità per interventi integrati in ambito sanitario e sociale;
2. definizione del problema;
3. revisione della letteratura per la verifica della disponibilità di interventi e delle evidenze sulla loro efficacia;
4. definizione delle caratteristiche del programma di intervento (struttura, soggetti coinvolti, indicatori per la valutazione di processo e di esito);
5. revisione della letteratura per l'identificazione delle caratteristiche della popolazione oggetto dell'intervento (identificazione dei fattori di rischio la cui presenza rende uno o più sottogruppi della popolazione idonei a beneficiare dell'intervento);
6. definizione delle caratteristiche della popolazione oggetto dell'intervento (popolazione target);
7. definizione delle informazioni individuali necessarie per l'identificazione della popolazione target;
8. verifica della disponibilità di Sistemi informativi di popolazione, sanitari e sociali:
  - a. se sono disponibili Sistemi informativi su base individuale e di qualità controllata → integrazione banche dati e creazione degli elenchi delle persone oggetto dell'intervento;
  - b. se non sono disponibili i Sistemi informativi necessari → progettazione e/o implementazione.

## 7. Formazione

### Quadro di riferimento

L'educazione continua in medicina è diventata un tema al centro dell'interesse delle politiche sanitarie per i potenziali benefici nel miglioramento della professionalità e indirettamente della salute dei cittadini. In ambito nazionale, dal 1999 il personale del SSN prende parte obbligatoriamente al programma di educazione continua in medicina (D.Lgs 19 giugno 1999, n. 229). Tuttavia il grande impulso alla formazione derivante dall'avvento dell'ECM non ha dato i risultati attesi. Il Piano indica le priorità di intervento e le metodologie didattiche più opportune a sostegno dei processi di cambiamento, privilegiando esperienze di apprendimento sul campo e vincolando la formazione a esigenze precise in alcuni ambiti.

Nel contesto regionale, in particolar modo della Regione Lazio, si è assistito, negli ultimi mesi del 2006, a profondi cambiamenti legati non solo al piano di risanamento ma ad una consistente riorganizzazione della rete ospedaliera con conseguente necessità di ristrutturazione della formazione in sanità. Si tratta di supportare i processi di riqualificazione del personale impegnato nelle nuove strutture assistenziali denominate Presidi territoriali di prossimità (PTP), il potenziamento dell'assistenza domiciliare, l'integrazione sociosanitaria, l'incremento di Hospice e Residenze sanitarie assistenziali (RSA).

Gli operatori sanitari lavorano in contesti complessi, con la presenza di numerosi fattori che possono favorire o ostacolare i processi di modifica delle loro pratiche professionali, come ad esempio: l'organizzazione dei processi di cura (staff, capacità, risorse, strutture), il contesto sociale (opinioni dei colleghi, cultura in rete, collaborazione, leadership), l'innovazione (vantaggi pratici la fattibilità, l'accessibilità), il contesto economico e politico (gli aspetti economico-finanziari, i regolamenti, le politiche sanitarie). Ancora sappiamo poco su come calibrare interventi formativi che abbiano un'efficacia nel produrre effettivi cambiamenti nella pratica professionale. La sola disponibilità di informazioni su come le cose debbano essere fatte non produce modifiche comportamentali. In questo contesto l'“apprendimento basato sull'esperienza” diventa uno degli assi portanti nello sviluppo di nuovi modelli di educazione continua.

Accanto a questo è naturalmente essenziale disporre una buona pianificazione della formazione nei corsi di laurea per le professioni sanitarie.

### Problemi

- Scarsa efficacia di molte delle iniziative di educazione continua nel produrre effettivi miglioramenti dell'attività degli operatori sanitari;
- scarsa definizione di priorità per le effettive esigenze della pratica sanitaria;
- distorsioni dettate dall'esigenza di ottenere i crediti necessari. Spesso gli operatori sanitari, dovendo raggiungere il numero di crediti richiesto, selezionano corsi con lo scopo principale del conseguimento dei crediti, a volte inadeguati rispetto alle proprie funzioni e alla propria pratica professionale;
- assenza di figure professionali in grado di rispondere alle esigenze dei mutamenti nell'organizzazione della sanità inclusi nei piani regionali;
- uso comune di metodi didattici diretti alla trasmissione di informazioni (lezioni, conferenze, relazioni) poco efficaci nell'induzione di modifiche nella pratica professionale degli operatori sanitari;

- carenza di disponibilità di alcune professioni sanitarie;
- qualità migliorabile della pianificazione della formazione nell'ambito dei corsi di laurea per le professioni sanitarie;
- l'esigenza riconosciuta di disporre di figure professionali in grado di gestire con competenza le articolazioni complesse nelle quali sono organizzate le strutture del Servizio sanitario nazionale e regionale, non essendo ancora raggiunto un grado soddisfacente delle capacità manageriali di chi opera in sanità. Infatti la preparazione manageriale di chi dirige unità operative complesse, dipartimenti e aziende richiede la formulazione di programmi intensi di formazione.

## **Risposte**

I principi generali su cui va impiantato il cambiamento, perché la formazione degli operatori sia un'arma strategica per il miglioramento della qualità dei servizi, sono i seguenti:

- vincolo dell'apprendimento alla pratica, adottando la riflessione sulla propria esperienza come punto di partenza del processo di acquisizione di nuove conoscenze e capacità che, a loro volta, producano un miglioramento della performance;
- confronto continuo tra nuove informazioni o raccomandazioni e pratica quotidiana, e loro applicazione;
- approccio educativo focalizzato sul cambio di comportamenti e attitudini, oltre che sull'acquisizione di nuove conoscenze;
- apprendimento contestuale, adattato alla realtà dei partecipanti e orientato alla qualità dell'attenzione;
- sviluppo di capacità di autoapprendimento di lungo periodo e a carattere permanente;
- sviluppo della consuetudine di valutazione della propria pratica e analisi dei propri errori;
- enfasi sulle capacità di comunicazione con l'obiettivo di perfezionare e arricchire la relazione operatore sanitario-paziente; enfasi nell'apprendimento in gruppo;
- induzione di una cultura del cambiamento e rinnovamento della pratica professionale, incorporando il concetto di sviluppo e miglioramento permanente;
- definizione del fabbisogno formativo nell'ambito dei corsi di laurea per le professioni sanitarie con indicazione di: obiettivi, metodi, costi, metodi e strumenti di valutazione;
- organizzazione di una formazione istituzionale per il management sanitario per i dirigenti del SSR preposti alla direzione di strutture complesse, dipartimenti e aziende sanitarie, coniugando la formazione continua proprio con quella manageriale. Le Università presenti sul territorio, in particolare, potrebbero fornire il supporto per la stesura di progetti condivisi di formazione che tengano conto della programmazione regionale.

Attraverso l'applicazione di questi principi occorre:

- promuovere interventi di educazione continua che producano effettivi cambiamenti della pratica professionale e non solo acquisizione di nuove conoscenze. Ciò significa operare sulle conoscenze, le attitudini, i valori, le percezioni che favoriscono o possono ostacolare la motivazione al cambiamento, ma anche sulle capacità, le risorse, la disponibilità dei servizi che favoriscono o ostacolano i cambiamenti comportamentali desiderati. Occorre in sostanza integrare le attività formative con le strategie per il miglioramento della qualità

assistenziale, in quanto la formazione rappresenta solo uno degli interventi in grado di modificare i comportamenti professionali e tale operazione garantirebbe maggiormente gli obiettivi di miglioramento; basare l'educazione medica continua per gli operatori del SSR sul lavoro che questi svolgono, perseguendo, nei prossimi anni, progettualità educative che rafforzino la formazione sul luogo di lavoro e in particolare puntino all'integrazione pedagogica tra formazione in presenza, formazione sul campo e formazione a distanza. È necessario perseguire anche uno sviluppo delle diverse opportunità per l'autoformazione: biblioteche, FAD, comunità di pratica;

- pianificare i programmi formativi partendo da un'attenta analisi dei bisogni formativi che prenda in considerazione sia la dimensione normativa del bisogno formativo (ricavabile da una valutazione della competenza degli operatori), sia la dimensione percepita del bisogno (ricavabile dall'autovalutazione da parte degli operatori);
- concordare con le Università la promozione di formazione per le nuove funzioni professionali profilate dai piani regionali; e definire piani di incremento di attività in relazione alle carenze identificate nel confronto fra dotazioni e fabbisogno;
- coordinare le attività formative con Università e IRCCS, utilizzando il loro apporto in modo pianificato;
- utilizzare il più possibile strumenti di valutazione che analizzino gli effetti della formazione anche in termini di risultato (cambiamenti della pratica professionale) e di impatto (miglioramento della vita dei pazienti);
- incrementare eventi formativi basati sull'apprendimento in piccoli gruppi, sulla revisione tra pari, sull'audit clinico così come l'uso di strumenti cartacei o informatici che collocati nelle situazioni appropriate aiutino a prendere decisioni. Dovrebbero essere incentivati interventi formativi diretti a superare un problema/ostacolo specifico che, sulla base della letteratura, sembrano maggiormente efficaci. Tali metodi dovrebbero essere prevalenti rispetto alla didattica frontale tradizionale;
- prevedere periodi di frequenza presso setting di cura diversi da quelli in cui l'operatore sanitario opera abitualmente (ad esempio specialisti territoriali in ospedale e viceversa) al fine di promuovere modalità di apprendimento basate sull'esperienza e sullo scambio di conoscenze tra pari;
- vincolare una parte dei crediti ECM dei MMG all'aggiornamento sui temi relativi agli Obiettivi di salute descritti nella Parte II del presente Piano. Tali temi andranno affrontati in sintonia con le linee del Piano e basati su linee guida *evidence based* relative ai processi assistenziali da adottare per tali patologie nell'ambito delle cure primarie.

Un ulteriore punto fondante degli interventi di formazione che vanno attuati urgentemente in relazione alle modifiche introdotte dal presente Piano è la formazione del case manager.

In un sistema sanitario caratterizzato dalle reti è indispensabile che mutino le modalità operative dei responsabili dell'assistenza che dovranno sempre più farsi carico del paziente conducendolo negli spazi delle reti, garantendo tempestività e appropriatezza unitamente ad una particolare attenzione all'ottimizzazione delle risorse e degli interventi.

Figura chiave di questa nuova forma di assistenza in rete è il Case manager o Referente per la continuità assistenziale che non va considerata come nuovo profilo professionale che si sovrappone all'esistente, ma come coerente

cambiamento da un lavoro per compiti ad uno per obiettivi da parte dei responsabili dell'assistenza. Occorre, quindi, immaginare un'ordinaria attività assistenziale per i pazienti, dalla presa in carico da parte della rete fino all'eventuale ricovero presso una struttura della rete stessa che si concretizza nell'accompagnare il paziente lungo il percorso diagnostico-terapeutico (i.e. gli esami, gli accertamenti, le procedure ambulatoriali) nel rispetto delle indicazioni fornite dalle Unità cliniche delle reti.

Stabilire una relazione con la persona, valutarne i bisogni, pianificare i servizi, negoziare con i servizi per conto della persona assistita devono essere considerate modalità operative ordinarie del funzionamento delle reti, in particolare della rete oncologica, e non meri interventi innovativi che si sovrappongono, entrando in conflitto, con l'attuale organizzazione tayloristica del lavoro che continua a caratterizzare il sistema sanitario regionale. Affinché siano introdotte modalità operative coerenti con la logica delle reti occorre intervenire urgentemente investendo risorse destinate alla formazione di professionisti capaci di svolgere un ruolo:

- di educazione verso il paziente e la famiglia (*care giver*), avendo cura di perseguire obiettivi quali la progressiva riduzione della dipendenza, la crescita di responsabilità, la consapevolezza della propria malattia, la collaborazione con gli operatori e anche il coinvolgimento del paziente e dei familiari nella gestione a domicilio di dispositivi medico-chirurgici;
- di sostegno verso i reparti non oncologici che accolgono ugualmente questa tipologia di pazienti, in qualità di operatori rispetto al malato e di formatori nei confronti di altri professionisti;
- di intermediari e garanti fra il paziente e le strutture extraospedaliere al momento della dimissione.

In conclusione, la proposta di attività formativa sarà caratterizzata da interventi sul campo in grado di modificare i comportamenti professionali, la cui selezione può derivare solo dall'analisi delle prove di efficacia, dal contesto e dalle attitudini dei professionisti locali. Tali attività devono essere integrate con le strategie per il miglioramento della qualità assistenziale. Infatti, poiché rappresentano solo uno degli interventi in grado di modificare i comportamenti professionali, le attività di formazione devono essere inserite in una strategia multifattoriale il cui obiettivo è il miglioramento dell'appropriatezza di prestazioni sanitarie, della qualità assistenziale e, più in generale, degli esiti.

Per quanto riguarda la formazione orientata a raggiungere gli obiettivi del Piano di rientro, è necessario un approccio unitario. È pertanto opportuno il coordinamento di un piano articolato di formazione da parte di Laziosanità-ASP, di intesa con i competenti uffici dell'Assessorato alla Sanità.



## 8. Sistemi di verifica e valutazione

### Problemi

La qualità dell'assistenza sanitaria rappresenta uno dei principali problemi del sistema sanitario. A fronte della crescente domanda dei cittadini per prestazioni tempestive di elevata qualità, diviene pressante la necessità per il SSR del Lazio di garantire servizi efficaci e appropriati, aderenti alle evidenze scientifiche disponibili, in condizioni di massima sicurezza per i pazienti, attraverso un'efficiente allocazione delle limitate risorse.

L'attitudine a valutare gli interventi dei servizi sanitari pubblici e privati accreditati deve radicalmente mutare nella nostra regione. Non è più sostenibile l'avallo e il supporto economico per interventi incontrollati o autoreferenziali. La struttura pubblica deve fare enormi progressi su questo tema sia da un punto di vista quantitativo che qualitativo.

Ad oggi le forme di valutazione adottate sono spesso occasionali e largamente insufficienti. Interi settori sono privi di qualsiasi forma di valutazione, mentre alcune delle valutazioni implementate sono poco adeguate rispetto alla necessità di produrre verifiche attendibili sulla qualità degli interventi.

La necessità di intensificare e migliorare le attività di monitoraggio e valutazione riguarda tutti i livelli: regionale, locale, dipartimentale e di unità operativa. Ognuno di questi livelli dovrà provvedere a controllare i processi, i risultati, l'impatto e l'efficienza degli interventi predisposti nel proprio ambito di competenza.

La Regione si propone di sviluppare e attuare strumenti e metodologie che possano trovare applicazione nel contesto delle organizzazioni sanitarie del Lazio con lo scopo di promuovere il miglioramento della qualità, con particolare attenzione all'appropriatezza clinica e organizzativa attraverso un approccio integrato che veda la partecipazione dei pazienti, dei professionisti e dell'organizzazione.

Un tale approccio viene realizzato tramite l'integrazione di molteplici azioni tra loro interconnesse e complementari, basate su: valutazione delle performance e degli esiti, *health technology assessment*, sistemi di audit, sistemi di controllo sulle prestazioni, ma anche e soprattutto su formazione continua, gestione del rischio clinico, medicina basata sulle prove scientifiche, linee guida cliniche e percorsi assistenziali, gestione dei reclami e dei contenziosi, comunicazione e gestione della documentazione, ricerca e sviluppo, collaborazione multidisciplinare, coinvolgimento dei pazienti, informazione corretta e trasparente, gestione del personale.

Focalizzando l'attenzione sulle attività più strettamente valutative si intende qui indicare alcune linee di sviluppo relative sia all'organizzazione, sia a metodi e ad ambiti specifici.

Il livello regionale dovrà provvedere, coinvolgendo l'ASP, alla programmazione delle iniziative di valutazione e a rendere sufficientemente omogenee le attività valutative disposte dalle Aziende. La regione dovrà anche provvedere alla pianificazione degli interventi per migliorare le capacità di valutazione dei livelli locali.

Sul piano dei metodi e degli ambiti il panorama è estremamente vasto ed esula dal ruolo del Piano sanitario la trattazione articolata degli approcci e dei metodi da adottare. Tuttavia si intende qui dare una indicazione chiara sugli interventi più urgenti da mettere a punto, migliorare o avviare.

Occorre innanzi tutto che a qualsiasi forma di valutazione a qualsiasi livello seguano i conseguenti interventi di correzione o di miglioramento.

A livello regionale occorre rinforzare adeguatamente l'attività di controllo sulle SDO e sulle prestazioni ambulatoriali, i cui risultati negli ultimi anni hanno fornito elementi di notevole rilevanza, ma hanno il problema della bassa copertura.

A livello locale e di servizio si definisce urgente l'espansione capillare di attività di audit clinico

Si definiscono di fondamentale importanza tre tipologie di valutazione cui si dedicano gli specifici paragrafi 8.1, 8.2 e 8.3. sotto riportati: La valutazione della performance delle Aziende sanitarie e delle Aziende Erogatrici (ospedaliere, universitarie ed IRCCS), la valutazione degli esiti e le attività di *technology assessment*.

Infine il successivo capitolo 9 è dedicato alle attività di governo clinico e alle valutazioni della qualità percepita.

## **8.a Valutazione della performance delle Aziende sanitarie**

Negli ultimi anni è divenuto frequente far riferimento alla performance per valutare l'insieme delle funzioni complesse dei sistemi e delle aziende sanitarie. Tale espressione integra le idee guida del sistema sanitario – efficacia, equità, efficienza, appropriatezza, qualità - includendovi anche la capacità di rispondere alle aspettative della popolazione e l'orientamento verso la persona. Rappresenta altresì la coerenza del sistema in termini di equilibrio tra bisogni, domanda, offerta di prestazioni e spesa. La valutazione multidimensionale e integrata delle attività del sistema sanitario appare riconducibile al bisogno di ottenere un quadro meno frammentario e più unitario della realtà dei servizi.

La misurazione della performance dei sistemi sanitari è andata diffondendosi negli ultimi anni sia per effetto di iniziative locali o nazionali a livello di singoli paesi europei e nordamericani, sia per l'impulso di agenzie internazionali quali l'OMS e di partenariati globali come l'*Health Metrics Network*. In Italia, alcune regioni hanno predisposto sistemi di valutazione della performance delle aziende sanitarie, talora utilizzati anche per la valutazione dei direttori generali.

La valutazione della performance fa ricorso a insiemi di indicatori che esplorano differenti ambiti e punti di vista e che, nella loro complessità, possono fornire un quadro ampio e articolato. Si ricorre ad esempio alle *balance scorecards* (BSC) che, partendo da una "mappa strategica" del sistema sanitario in esame, utilizzano un insieme bilanciato di indicatori per ciascuna delle dimensioni di interesse. In questo senso, la valutazione della performance può rappresentare un esercizio di riflessione sulla complessità del sistema e sulle sue interconnessioni, oltre che la base di evidenza per un sistema premiante.

Il percorso attivato nel Lazio per valutare la performance delle aziende sanitarie è collegabile alle indicazioni contenute nel Piano sanitario nazionale 2006-2008, e alla ricognizione svolta dall'AgeNaS riguardo alle attività svolte da altre Regioni in tema di valutazione della performance.

L'obiettivo è di disporre di un set minimo di indicatori utili a valutare la performance delle Aziende sanitarie, al fine di uniformare i parametri di riferimento per il processo del budget aziendale, di poter utilizzare criteri omogenei di comparazione tra le aziende, e di predisporre una base continuativa nel tempo nell'ambito della quale selezionare indicatori utili per la valutazione dei direttori generali.

Allo scopo occorre avvalersi degli elaborati già prodotti dal gruppo di lavoro multidisciplinare istituito presso l'Assessorato alla Sanità, che ha identificato un set minimo di indicatori sulla base dei seguenti criteri:

- utilizzabilità per Aziende USL e/o Aziende ospedaliere;
- capacità di esplorare le diverse dimensioni della performance in campo sanitario:

- efficienza/produttività;
  - appropriatezza clinica, organizzativa e prescrittiva;
  - efficacia e qualità;
  - accessibilità ed equità;
- capacità di esplorare le diverse aree di competenza dei livelli di assistenza;
  - pertinenza, rappresentatività dell'attività sanitaria aziendale, validità interna, confrontabilità, tempestività;
  - possibilità di derivare le informazioni attraverso i sistemi informativi correnti.

Gli indicatori sono stati selezionati sulla base della vigente legislazione nazionale e regionale, dell'ampia letteratura disponibile sull'argomento e di specifiche esperienze condotte nel Lazio e in altre Regioni sulla valutazione in sanità.

Per quanto riguarda lo svolgimento delle attività inerenti il sistema di valutazione, Laziosanità-Agenzia di Sanità Pubblica, in collaborazione con Lait, coordinerà la produzione periodica degli indicatori, provvederà alla loro manutenzione e aggiornamento, e proporrà le soglie e i punteggi a cui legare il sistema premiante legato alla valutazione.

Nello sviluppo di queste attività di valutazione vanno tenuti in conto gli elementi di coordinamento e di confronto sia a livello regionale che nazionale.

In questo ambito, i programmi di screening forniscono un buon esempio di come possa agire un sistema di monitoraggio e controllo sia a livello regionale che nazionale. Nella programmazione dei Piani previsti per gli screening come per gli altri piani di Prevenzione gli obiettivi vengono stabiliti a livello regionale, in accordo con il CCM del Ministero del Welfare. Le ASL preparano i piani attuativi aziendali. Alla scadenza annuale il Coordinamento screening regionale raccoglie i dati dei programmi dal SI degli screening mammografico, citologico e del colon retto, riassunti in tre schede standardizzate con un set di indicatori definito a livello nazionale dalle società scientifiche di riferimento e adottato dal CCM. Attraverso questi indicatori il CCM valuta i risultati della regione avvalendosi di una relazione tecnica preparata dall'Osservatorio nazionale screening. Il Coordinamento regionale a sua volta valuta i risultati ottenuti dalle singole ASL ed elabora una relazione in cui vengono esaminati gli obiettivi raggiunti confrontandoli con quelli stabiliti dai piani attuativi, si individuano tutti i punti critici e si consigliano azioni correttive che le singole aziende devono attuare. Il sistema sta dando ottimi risultati in termini di capacità di monitoraggio delle attività, il cui riscontro a livello nazionale consente un livello di controllo e una capacità di interventi correttivi inusuale nel panorama della sanità nazionale. Questo esempio potrebbe fungere da traccia per altre attività.

## **8.b Valutazione degli esiti degli interventi sanitari**

### **Quadro di riferimento**

Tutti gli interventi sanitari di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dovrebbero essere basati su solide prove scientifiche di efficacia. Tuttavia, nella realtà dei sistemi sanitari e della popolazione, numerosi interventi del sistema

sanitario sono effettuati sulla base di conoscenze di efficacia non definitive oppure secondo modalità che possono modificare sostanzialmente la loro efficacia già dimostrata teoricamente. Inoltre gli esiti degli interventi sono determinati da processi assistenziali complessi che coinvolgono tecnologie, servizi e organizzazioni diverse. La valutazione sistematica degli esiti degli interventi sanitari è quindi uno strumento importante per la programmazione e il governo del SSR, sia dal punto di vista della valutazione comparativa degli esiti tra soggetti erogatori, professionisti, programmi e servizi, e tra popolazioni, sia per la valutazione dei nuove tecnologie sanitarie.

### **Obiettivo generale**

Il Dipartimento di Epidemiologia della ASL RME a seguito della D.G.R. 301/2008 è già impegnato in un programma di valutazione degli esiti degli interventi sanitari a partire dall'utilizzo sistematico e integrato dei flussi informativi correnti, i cui primi risultati sono già stati pubblicati ([http://www.asplazio.it/VIS\\_lazio/vis\\_index.php](http://www.asplazio.it/VIS_lazio/vis_index.php)) e costituiscono la base conoscitiva della valutazione di esito del PSR. Il nuovo rapporto 2006-2008 è in uscita (aprile 2009).

Obiettivo del presente Piano è di promuovere e intensificare tale programma al fine di fornire agli organismi responsabili del governo del SSR (Regione, ASL), ai soggetti erogatori e agli operatori sociosanitari informazioni utili alla programmazione e alla riqualificazione dell'offerta, in un'ottica di miglioramento dei processi di cura.

### **Obiettivi specifici**

1. Sintesi delle conoscenze disponibili nella letteratura scientifica sull'efficacia e sicurezza di interventi sanitari (revisioni sistematiche);
2. valutazione dell'efficacia nella pratica clinica (effectiveness) di interventi sanitari di dimostrata "efficacia teorica" (efficacy);
3. valutazione dell'efficacia di interventi sanitari introdotti nella pratica clinica in assenza di prove di "efficacia teorica" (efficacy);
4. valutazione comparativa sistematica dei soggetti erogatori (strutture ospedaliere, ASL ecc.) per accreditamento, remunerazione e/o informazione ai cittadini;
5. produzione di evidenze sulla relazione empirica tra caratteristiche strutturali e organizzative del soggetto erogatore (per esempio, volume di attività) o tra modalità di erogazione delle prestazioni ed efficacia delle cure;
6. studio della relazione tra caratteristiche della popolazione (per esempio, genere e livello socioeconomico) ed efficacia dei trattamenti, soprattutto ai fini di valutazioni di equità;
7. valutazione dell'andamento temporale della qualità delle cure;
8. individuazione di aree critiche su cui implementare percorsi clinico-organizzativi locali e programmi di formazione, finalizzati al miglioramento della qualità assistenziale;
9. individuazione di forme di comunicazione efficace sui risultati prodotti dalle valutazioni di esito;
10. Impact assessment dell'implementazione di un sistema regionale di valutazione degli esiti.

### **Azioni**

- Definizione degli esiti (mortalità intra ed extraospedaliera, recidive, sequele ecc.) e degli indicatori da utilizzare nella valutazione, anche ai fini dell'accreditamento istituzionale e/o della remunerazione;
- individuazione degli ambiti assistenziali di particolare rilevanza e impatto sui servizi sanitari, per cui condurre

- valutazioni di esito. In particolare la valutazione sistematica di esito sarà progressivamente estesa a tutte le patologie in carico alle reti assistenziali individuate come prioritarie dal Piano sanitario regionale;
- integrazioni delle informazioni disponibili nelle banche dati regionali (flussi informativi sanitari, registri, database clinici) e sviluppo di metodologie adeguate di data linkage;
  - valutazione del contributo informativo derivato da integrazioni ad hoc dei sistemi informativi sanitari;
  - sviluppo di strategie e metodi di analisi dei dati, con particolare riferimento alla definizione e costruzione di modelli di *risk adjustment* per un migliore controllo della diversa gravità clinica dei pazienti e all'individuazione di metodi per il monitoraggio temporale degli esiti;
  - individuazione di modalità condivise tra i diversi attori e le istituzioni del SSR per la presentazione, la diffusione e la comunicazione dei risultati;
  - analisi di fattibilità dell'introduzione nei sistemi di remunerazione e di possibili strumenti di controllo derivanti dalla valutazione di esito;
  - valutazione degli effetti individuali, di popolazione e di sistema della comunicazione dei risultati della valutazione comparativa di esiti.

## 8.c Rete dell'Health Technology Assessment delle Aziende sanitarie della Regione Lazio

### Problema

Esistono più interventi sanitari potenzialmente attuabili di quanti non ne possano essere erogati in realtà dal Servizio sanitario regionale date le risorse del sistema. È necessario dunque operare delle scelte su quali interventi debbano essere attuati o resi disponibili nell'ambito del SSR.

L'Health Technology Assessment (HTA) fornisce a chi pianifica, eroga e riceve prestazioni sanitarie informazioni sull'efficacia, i costi e l'impatto delle tecnologie sanitarie.

L'obiettivo è quello di fornire, quindi, gli input necessari ai processi decisionali per favorire il migliore utilizzo delle risorse del sistema sanitario della regione Lazio.

L'HTA valuta le caratteristiche tecniche e la sicurezza, l'efficacia teorica e di campo, l'efficienza (costo-efficacia; costo-beneficio), l'impatto sul sistema sanitario, l'accettabilità da parte degli utenti ed eventuali problematiche etiche che la diffusione di una tecnologia può generare.

L'impatto sul sistema sanitario viene definito come impatto sulla salute, impatto economico e impatto sull'organizzazione dei servizi.

La decisione su quali interventi/tecnologie adottare ha tre livelli di attuazione:

- macro, cioè un livello regolatorio, in Italia in gran parte delegato alle regioni;
- meso, cioè un livello di amministrazione e direzione sanitaria di azienda;

- micro, il livello della singola unità dove viene deciso un protocollo clinico, cioè il singolo professionista o un'équipe che condivide le procedure diagnostico-terapeutiche.

È evidente che il livello macro e meso devono essere coordinati e possibilmente devono avere una tempistica che renda compatibili le scelte del livello meso con le indicazioni del livello macro o che non obblighi il livello macro a constatare lo status quo. Un altro obiettivo di un coordinamento del livello regionale rispetto al livello meso è quello di permettere una programmazione sanitaria dell'offerta.

Possiamo identificare diversi percorsi decisionali a seconda della tipologia di tecnologia che attualmente hanno luogo:

- Farmaci: la decisione sull'immissione in commercio viene stabilita a livello europeo dall'EMA, la registrazione in Italia segue il decreto registrativo dell'AIFA che ne indica anche i criteri per l'utilizzo e la rimborsabilità. Le Regioni, a loro volta, procedono all'eventuale immissione in prontuario. Le innovazioni previste da questo Piano a riguardo sono descritte nel Parte IV "Strumenti", cap. 12.
- Diagnostici e Devices: i test diagnostici non hanno un processo decisionale centrale definito come per i farmaci: una volta ottenuta l'autorizzazione all'immissione in commercio da parte della Commissione unica Dispositivi medici, che si basa su criteri minimi di sicurezza e accuratezza del test e non di utilità clinica, possono essere utilizzati e la loro rimborsabilità è affidata alla decisione decentrata sulla loro eventuale appropriatezza a garantire un LEA.
- Elettromedicali: l'acquisizione di apparecchiature da parte delle Aziende sanitarie della regione Lazio al momento prevede una richiesta all'Assessorato, sia essa sui fondi per l'ammodernamento del parco tecnologico della "Legge regionale per l'esercizio finanziario 2007" art 14 o su altri fondi.
- Interventi di prevenzione: l'introduzione di un intervento di prevenzione organizzato fra i LEA è oggetto di una valutazione nazionale, ma sono frequenti gli esempi di interventi di prevenzione non inclusi nei LEA e attivati a livello regionale o aziendale.

Da questo quadro è evidente che nel nostro sistema l'introduzione di tecnologie sanitarie, con l'eccezione dei farmaci e in parte degli interventi di prevenzione, è in gran parte deciso a livello aziendale.

### **Obiettivi**

Favorire decisioni razionali basate su criteri trasparenti ed espliciti per l'adozione di nuove tecnologie a livello aziendale e regionale.

### **Azioni**

1. Diffusione delle metodologie di HTA fra i professionisti coinvolti in Assessorato, Laziosanità e a livello delle direzioni sanitarie e amministrative aziendali.
2. Coordinamento con strutture coinvolte nella valutazione delle tecnologie sanitari nelle altre regioni e a livello nazionale (AgeNaS, ISS, Ministero).

3. Definizione delle priorità per le tecnologie da valutare a livello regionale. Tale azione deve essere svolta in coordinamento con le altre Regioni per favorire sinergie ed evitare duplicazioni. I criteri di priorità saranno il potenziale impatto delle tecnologie sul Servizio sanitario.
4. Messa a punto e diffusione di schede standardizzate per la richiesta di introduzione/acquisizione di una nuova tecnologia a livello aziendale. Tali schede avranno la funzione di far esplicitare, da parte di chi propone l'adozione della tecnologia, alcuni elementi essenziali per una valutazione razionale: le prove sulla sicurezza della nuova tecnologia, le indicazioni di utilizzo e le evidenze di efficacia disponibili, i pazienti o utenti che potranno usufruirne, l'impatto sull'organizzazione, l'impatto sul budget ed eventuali problemi sulle possibilità di accesso alla nuova tecnologia.
5. Definizione di un processo di valutazione a livello regionale e aziendale per le diverse tipologie di tecnologie che preveda anche quali decisioni siano pertinenza del livello macro, meso e micro.
6. Produzione di report completi di Health Technology Assessment da parte di Laziosanità in collaborazione con altri enti di ricerca e Aziende sanitarie su mandato nazionale.
7. Produzione di report veloci di Health Technology Assessment da parte di Laziosanità su mandato regionale.

#### **Attori**

- Assessorato:
  - Edilizia e tecnologie sanitarie
  - Politica del farmaco
  - Centrale unica acquisti
- Laziosanità – Agenzia di Sanità Pubblica
- Direzioni sanitarie aziendali
- UOC delle Aziende

## 9. Governo clinico, linee guida, qualità percepita

### GOVERNO CLINICO

La Regione Lazio identifica come prioritaria l'adozione di politiche e di strumenti finalizzati al governo clinico.

In accordo a quanto enunciato nel PSN 2006-2008, il governo clinico (GC) – *clinical governance* – viene identificato come “uno strumento per il miglioramento della qualità delle cure per i pazienti e per lo sviluppo delle capacità complessive e dei capitali del SSN, che ha lo scopo di mantenere standard elevati e migliorare le performance professionali del personale, favorendo lo sviluppo dell'eccellenza clinica”. Un tale concetto rappresenta l'elaborazione di riflessioni che ormai da decenni si svolgono sul tema della qualità nel settore sanitario. La definizione di *clinical governance* elaborata dal Dipartimento della salute britannico: “il contesto in cui i servizi sanitari si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e mantengono elevati livelli di prestazioni creando un ambiente che favorisca l'espressione dell'eccellenza clinica” consente di evidenziarne le caratteristiche essenziali:

- la responsabilità delle organizzazioni sanitarie;
- la trasparenza dei risultati e la necessità di renderne conto ai cittadini e alle istituzioni;
- lo sviluppo di un sistema orientato al miglioramento della qualità.

In quest'ottica è cruciale lo sviluppo di un'alleanza per il perseguimento di obiettivi di salute basati sull'assunzione da parte di tutti i professionisti e delle istituzioni sanitarie della responsabilità di fornire cure di qualità in condizioni di sicurezza, anche mediante la diffusione della pratica di lavoro interdisciplinare e interprofessionale, individuando strumenti e prassi atti a superare la persistente dicotomia tra responsabilità individuale e organizzativa.

Il SSR deve dunque impegnarsi ad un cambiamento nella cultura organizzativa, in un modo sistematico e dimostrabile, allontanandosi da una cultura della responsabilità intesa come colpa per realizzare un'organizzazione aperta e disponibile alle innovazioni, dove la partecipazione è incoraggiata, la formazione e la ricerca sono appropriatamente valutate e dove gli operatori imparano dagli errori e il biasimo sia l'eccezione e non la regola.

Una particolare attenzione sarà dedicata alle seguenti componenti del governo clinico: sviluppo e implementazione delle linee guida e dei percorsi clinici integrati, rischio clinico e controllo delle infezioni correlate all'assistenza, valutazione della qualità percepita.

### LINEE GUIDA

#### Quadro di riferimento

Le linee guida per la pratica clinica consistono in raccomandazioni elaborate in modo sistematico, derivanti dalle prove scientifiche disponibili, per assistere medici e pazienti nelle decisioni relative a specifici interventi sanitari. Esse rappresentano un utile strumento per migliorare la qualità e ridurre la variabilità dei comportamenti assistenziali, e per promuovere l'appropriatezza clinica e organizzativa. Le linee guida non devono essere intese come regole rigide di comportamento che trascurano l'autonomia dei professionisti e ignorano le preferenze dei pazienti, ma piuttosto come un mezzo per rendere esplicite le aree di incertezza, fornire indicazioni scientificamente valide e condivise dagli operatori, e valutare la qualità delle prestazioni erogate dai servizi.

Costituiscono requisiti metodologici fondamentali per lo sviluppo di linee guida:



- la revisione sistematica della letteratura scientifica;
- la multidisciplinarietà del gruppo di lavoro – rappresentativo anche delle associazioni dei cittadini e delle società medico-scientifiche – selezionato per identificare i quesiti clinici, valutare la qualità delle evidenze e formulare le raccomandazioni di forza graduata.

Un aspetto cruciale riguarda l'applicazione locale delle linee guida. Diversi fattori devono essere considerati al fine di rendere efficace la loro implementazione:

- l'analisi del contesto culturale e attitudinale che può agire da barriera al cambiamento dei comportamenti;
- l'utilizzo di tecniche multiple di diffusione e implementazione capaci di agire a diversi livelli organizzativi: distribuzione di materiale stampato o tramite internet, audit, opinion leaders, visite di educatori, formazione – sia a distanza che sul campo, interattiva, riflessiva e basata sull'esperienza;
- la traduzione delle linee guida in percorsi assistenziali a livello locale – intesi come piani multidisciplinari integrati che dettagliano i passaggi essenziali dell'assistenza ai pazienti con un determinato problema clinico;
- la valutazione dell'impatto delle raccomandazioni sui contesti clinici e organizzativi locali tramite la misurazione di indicatori di audit/performance in grado di rappresentare il cambiamento, nonché di indicatori che riflettono la variabilità dell'utilizzo delle procedure.

A partire da queste premesse, il rinnovato Sistema nazionale per le linee guida (SNLG), coordinato dal CNEPS/Istituto Superiore di Sanità, intende promuovere l'appropriatezza e l'efficacia degli interventi sanitari attraverso lo sviluppo/aggiornamento e l'implementazione di linee guida per la pratica clinica. Queste attività si innestano nel Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAs), previsto dalla L. 23 dicembre 2005, n. 266, e dal D.M. 17 giugno 2006. Il Patto per la salute condiviso dalla Conferenza delle Regioni e Province Autonome il 28 settembre 2006 inserisce le linee guida tra le tematiche di particolare rilevanza per il SSN ("si conviene di sviluppare nuove ulteriori iniziative volte a favorire la definizione e la diffusione di linee guida e di protocolli per la razionalizzazione dei percorsi diagnostici e di cura").

Nell'ambito del SNLG, è previsto che Laziosanità-ASP svolga il ruolo di centro collaborativo.

### **Obiettivi e attività**

In questo quadro di riferimento, al fine di contribuire a promuovere l'efficacia, la sicurezza e l'appropriatezza della pratica medica, si identificano le seguenti linee di attività:

- sviluppo, in accordo ad un adeguato processo metodologico, diffusione e applicazione locale di linee guida relative ad argomenti prioritari stabiliti in base ai seguenti criteri:
  - epidemiologici (incidenza, prevalenza, gravità clinica, mortalità);
  - impatto significativo sulle risorse del SSR;
  - elevata variabilità di utilizzo della procedura, quale indizio di inappropriately;
  - bisogno di continuità assistenziale e di integrazione ospedale-territorio;
- fruibilità delle linee guida per i cittadini attraverso meccanismi efficaci di diffusione e comunicazione che ne favoriscano l'empowerment;
- preparazione di documenti di *technology assessment* relativi a procedure innovative o controverse, che possano essere di ausilio per decisioni informate di politica sanitaria;

- sviluppo di percorsi assistenziali a livello aziendale e/o ospedaliero per favorire la traduzione locale delle linee guida nella pratica clinica, la comunicazione con i pazienti e la valutazione delle pratiche in uso;
- definizione di programmi formativi orientati all'implementazione di linee guida e improntati a metodologie didattiche riflessive e basate sull'esperienza.

Un ruolo di supporto metodologico per l'adozione e l'implementazione di linee guida e di percorsi assistenziali verrà svolto da Laziosanità-ASP, anche in relazione al ruolo di centro collaborativo del SNLG.

## **GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO**

### **Quadro di riferimento**

La gestione del rischio clinico è la capacità di rilevare, valutare, correggere gli errori in medicina e, soprattutto, di prevenirli. L'obiettivo consiste quindi nel migliorare la sicurezza dei pazienti.

Il programma di gestione del rischio clinico della Regione Lazio è riconducibile a principi generali condivisi a livello internazionale:

- è inevitabile che gli errori accadano nel SSR: è dunque necessario identificarli e ridurli;
- gli studi epidemiologici indicano che almeno il 50% degli errori è prevenibile;
- la maggior parte degli errori accade a causa di un fallimento del sistema e non della singola persona, è quindi necessario implementare le difese di sistema;
- per ogni errore che ha gravi conseguenze sui pazienti si stima che ne accadano circa 30 che hanno conseguenze meno gravi e 300 "quasi errori" (*near miss*). Il sistema deve cercare di identificare soprattutto questi ultimi per evitare gli eventi importanti;
- la prevenzione dell'errore non passa attraverso l'identificazione di un colpevole ma attraverso l'analisi del processo e delle cause che hanno portato all'errore;
- bisogna imparare dagli errori, non ignorarli o nascondarli;
- l'approccio al rischio è un approccio di sistema, ossia ha principi e metodi generali ed è articolato su tutti i livelli di responsabilità e organizzativi.

### **Obiettivi**

Sulla base di quanto detto sopra gli obiettivi del programma regionale di gestione del rischio clinico sono:

- definizione di un set di indicatori, individuazione dei dati disponibili e delle fonti;
- sviluppo di un sistema di monitoraggio dei punti critici nei processi di cura;
- messa a punto di standard qualitativi sui processi e sulla prevenzione degli eventi più importanti;
- diffusione della cultura della prevenzione dell'errore;
- promozione e valutazione di attività e strumenti di prevenzione.

### **Azioni**

- Promuovere in ogni organizzazione sanitaria della regione, a qualsiasi livello di articolazione, l'attivazione di un sistema strutturato per la sicurezza dei pazienti attraverso la gestione del rischio clinico;

- promuovere in ogni organizzazione sanitaria una politica per la sicurezza mediante la prevenzione e la gestione del rischio clinico e, almeno annualmente, individuare le priorità di intervento per le quali avviare azioni preventive;
- identificare all'interno di ciascuna struttura sanitaria una funzione di coordinamento di tutte le attività di gestione del rischio clinico;
- progettare e implementare sistemi informativi per la rilevazione e l'analisi dei rischi e per il controllo e la valutazione degli interventi;
- studiare e adottare procedure per migliorare la comunicazione interna tra reparti/servizi/strutture ed esterna verso il paziente e verso altre strutture sanitarie.

#### **INFEZIONI ASSOCIATE ALLE PRATICHE ASSISTENZIALI**

Le infezioni correlate alla pratica assistenziale (IPA) colpiscono i pazienti, gli operatori sanitari ed altre figure professionali assimilate, ed i visitatori.

Quelle che interessano i pazienti, continuano a costituire: un'importante causa di morbosità e mortalità; una delle principali complicazioni conseguenti al ricovero; un rilevante problema di sanità pubblica, anche a causa dell'emergenza di ceppi batterici multi resistenti, causa di infezioni gravi in aree critiche e per pazienti immunodepressi, oltre che un elemento importante per la definizione della qualità dell'assistenza. Inoltre hanno costi umani e sociali rilevanti.

I reparti chirurgici, le ematologie, le unità di Terapia Intensiva e le altre aree critiche rappresentano zone ad elevato rischio all'interno delle quali sono frequenti focolai epidemici, anche a causa dell'elevata frequenza di esecuzione di procedure invasive, dell'utilizzo massivo di terapie antibiotiche, della elevata prevalenza di pazienti con patologie pre-esistenti condizionanti.

Si stima che tra il 5 e l'8% di tutti i pazienti afferenti alle strutture sanitarie sviluppino un'IPA, con la conseguenza di 450.000-700.000 casi e 4.500-7.500 decessi direttamente attribuibili e circa 3.750.000 giornate di degenza per le complicazioni infettive acquisite a seguito del ricovero.

La sicurezza, nel contesto della erogazione delle cure, è un bene prioritario ed il tema del rischio nelle aziende sanitarie è sempre più attuale.

Poiché le IPA sono tra i più frequenti eventi avversi sanitari ed in parte evitabili, è importante che i programmi di controllo delle infezioni ospedaliere siano integrati con i programmi più generali di gestione del rischio; è anche essenziale che vengano attivati programmi in grado di informare correttamente i cittadini sui rischi associati all'assistenza sanitaria, come anche sulle azioni del Servizio sanitario regionale e delle singole strutture mirate a ridurre tale rischio.

Al fine di sviluppare un programma di prevenzione, sorveglianza e controllo delle IPA nella Regione Lazio con DGR 25 gennaio 2007, n. 42 l'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive (INMI) Lazzaro Spallanzani è stato identificato quale "Centro di riferimento per le infezioni associate a procedure assistenziali". Inoltre, l'INMI è identificato, con DGR 159 del 13 marzo 2007, quale "Centro di riferimento per le infezioni nei trapianti, con annessa Banca biologica per il deposito di organi e tessuti destinati al trapianto" e, con atti formali (DGR 8358/88 e nota Regione Lazio prot. 3344 dell'11-4-1996) ha ricevuto l'affidamento della Gestione delle esposizioni professionali di HIV, HBV e HCV negli operatori sanitari e relativo registro Regionale.

## **LA PERCEZIONE E PARTECIPAZIONE DEGLI UTENTI ALLA QUALITÀ DEI SERVIZI SANITARI**

I cittadini che si rivolgono ai servizi offerti dal sistema sanitario chiedono una risposta ai loro bisogni espressi di salute, ma attendono al contempo che vengano soddisfatte aspettative diverse, che riguardano la dimensione relazionale e organizzativa.

In quest'ottica, a partire dall'anno 2002, diverse Regioni italiane hanno costituito una rete permanente di osservatori regionali integrati, per consentire la rilevazione periodica e continuativa della percezione della qualità dei servizi sanitari da parte dei cittadini-utenti, quale strumento per il monitoraggio dei bisogni, l'individuazione di obiettivi e l'attivazione di processi di miglioramento continuo nelle Aziende sanitarie.

### **Problemi**

Nel Lazio, le esperienze condotte ad oggi sulla rilevazione della qualità dei servizi da parte degli utenti sono limitate, e caratterizzate da una grande eterogeneità metodologica. In questo contesto è estremamente difficile ottenere un quadro omogeneo per paragonare i risultati ottenuti nelle diverse realtà aziendali e attivare meccanismi di miglioramento dei servizi sanitari offerti al cittadino.

Più in generale ciò è anche dovuto ad uno scollamento tra le attività di valutazione della qualità intraprese a livello aziendale (generalmente orientate a valutare la qualità dei servizi sanitari in termini clinico-organizzativi) e i risultati delle attività di valutazione dei servizi da parte dei cittadini-utenti.

La maggior parte degli studi sulla percezione dei pazienti nei confronti dell'assistenza sanitaria è stato tradizionalmente impostato sulla valutazione del grado di soddisfazione degli utenti, che però ha il limite di fornire informazioni che non sono sempre traducibili in azioni per migliorare la qualità dei servizi forniti.

Sulla base delle esperienze condotte anche in altri paesi si identifica un nuovo approccio metodologico, più incentrato sulla rilevazione dell'esperienza dei pazienti nei confronti di un particolare aspetto del sistema sanitario e che dovrebbe evidenziare in modo più approfondito criticità e carenze dei servizi offerti, anche in merito ai meccanismi organizzativi e di raccordo tra servizi. Il percorso generale di indagine è volto soprattutto ad approfondire gli elementi di raccordo tra i diversi servizi che costituiscono l'assistenza territoriale offerta tramite i Distretti sanitari, e tra questi e l'assistenza offerta a livello ospedaliero. Vengono valutati in tal modo i percorsi trasversali sull'esperienza che il paziente ha vissuto durante la propria malattia a confronto con i servizi sanitari offerti. Ad esempio quella del paziente con patologia cardiovascolare, o del paziente oncologico.

### **Risposte**

La creazione di un osservatorio sulla rilevazione della qualità percepita dagli utenti può essere uno strumento utile per la costruzione di processi più complessivi di valutazione della qualità dei servizi sanitari, che rifletta la qualità dell'offerta e la qualità come percepita dagli utenti. Tale osservatorio può essere collocato presso l'ASP.

Con le seguenti attività:

- identificare e attivare i meccanismi regionali di coordinamento per la rilevazione della qualità percepita dagli utenti;
- definire le aree prioritarie di indagine e fornire il necessario supporto scientifico e metodologico;
- definire i criteri per l'analisi dell'offerta per tipo di servizio.

## 10. Interventi speciali diretti a ridurre le liste d'attesa

L'invecchiamento della popolazione, la disponibilità di un sempre maggior numero di esami di diagnostica clinica, spesso ad alto contenuto tecnologico, la carenza di implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici standardizzati e condivisi oltre a vari meccanismi di induzione della domanda sono le cause principali della crescente domanda di prestazioni sanitarie. Ciò si traduce in un aumento dei tempi e delle liste d'attesa che, oltre a compromettere l'efficacia dell'assistenza, mette in discussione il principio dell'equità dell'accesso. La risposta usuale del sistema per contenere i tempi di attesa consiste nella tendenza all'incremento della produttività, fenomeno diffuso sia nel settore ospedaliero che in altri ambiti assistenziali, con ripercussioni negative sia sull'appropriatezza d'uso dell'offerta assistenziale che sull'utilizzo delle risorse disponibili.

Il diritto per i cittadini di ottenere le prestazioni di cui hanno bisogno in modo tempestivo non deve trovare dunque risposte univoche e acritiche. I tempi di attesa delle prestazioni sanitarie, infatti, devono rispondere a criteri di urgenza/gravità e di appropriatezza.

Da una parte occorre un forte intervento di razionalizzazione delle attese, tramite un'adeguata definizione del livello di urgenza della prestazione stessa, dall'altro i giusti interventi per migliorare l'accessibilità alle prestazioni non possono essere letti disgiuntamente da valutazioni di appropriatezza. Infatti interventi che determinino un aumento di accessibilità indipendente dal reale bisogno clinico possono generare danni economici in assenza di miglioramenti delle condizioni di salute della popolazione. Spesso inoltre proprio nelle prestazioni per cui sono maggiori i tempi di attesa, si riscontrano quote di inappropriatezza superiori.

Oltre a questi fattori va considerato il problema dell'inefficienza organizzativa presente in molte strutture sanitarie.

Alla luce di tali considerazioni, la Regione si impegna a realizzare interventi tesi a ridurre i tempi di attesa per le prestazioni appropriate. Tali interventi sono pertinenti principalmente ai seguenti ambiti.

1. Estensione del governo della Regione su tutto il sistema delle prestazioni specialistiche erogate in qualsiasi struttura. Questo significa inserire nel sistema Recup tutti i soggetti erogatori, pubblici, privati, universitari, IRCCS.
2. Avvio di un percorso condiviso per identificare le priorità.

Per garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza sul territorio regionale è funzionale la definizione di un percorso condiviso per identificare le priorità, e stabilire una "classificazione delle classi di priorità" per le prestazioni diagnostiche. In particolare si individuano alcune prestazioni critiche, quali ad esempio Ecocolordoppler, TAC, RMN ed Ecocardiografia, su cui elaborare criteri per l'individuazione di classi di priorità nel caso che tali prestazioni siano richieste dai MMG per assistiti non inseriti in percorsi diagnostico-terapeutici già attivi. Per tali prestazioni è in corso una sperimentazione, in una ASL della Regione Lazio, di un sistema che prevede, all'atto della richiesta di prestazione specialistica da parte dei MMG, la compilazione di una scheda contenente delle informazioni aggiuntive raccolte al momento della prescrizione. Le informazioni raccolte sono utilizzate per attribuire, tramite uno specifico algoritmo, un peso di priorità alla richiesta, strettamente correlato

alle caratteristiche del paziente e alle modalità di presentazione del quadro clinico. Il punteggio di priorità viene utilizzato dal servizio di prenotazione aziendale per stabilire i tempi massimi entro cui la richiesta sarà soddisfatta, tenendo conto anche del volume di richiesta in quel momento presente. Il paziente, una volta stabilito l'appuntamento, viene attivamente invitato per l'effettuazione della prestazione, prevedendo anche l'informazione di ritorno al MMG.

Si ritiene di estendere tale sperimentazione ad altre ASL della regione, con l'obiettivo di:

- identificare profili di comportamento prescrittivo del MMG relativamente alla definizione di livelli di priorità per le selezionate prestazioni di diagnostica strumentale;
- stimare delle quote di prescrizioni, per le diverse classi di priorità, al fine di quantificare le prestazioni da riservare ai livelli di priorità più elevata nelle agende di prenotazione;
- definire e validare il sistema di prioritarizzazione regionale sulla base dei risultati della rilevazione e il confronto con prescrittori ed esperti.

I risultati della sperimentazione potranno fornire elementi utili alla progettualità regionale, favorendo il conseguimento dei seguenti obiettivi:

- ottimizzare il monitoraggio dei tempi di attesa che, ad oggi, presenta ancora notevoli criticità, a partire da una corretta registrazione delle informazioni collegate;
- definire e implementare di un sistema di prioritarizzazione per specifiche prestazioni, a partire da quelle definite più critiche a livello regionale in base non solo a lunghi tempi di attesa, ma anche all'alto rischio di inappropriata prescrizione e per le quali la definizione di priorità d'accesso abbia senso clinico;
- implementare percorsi assistenziali definiti e condivisi;
- promuovere una maggiore efficienza organizzativa da parte del sistema delle prenotazioni, a partire dalla diffusione del "richiamo dei pazienti" per minimizzare il fenomeno degli abbandoni;
- attivare la compilazione di alcuni campi del tracciato record del Sistema informativo della specialistica ambulatoriale (a partire dal quesito diagnostico e dal codice di priorità), per specifiche prestazioni critiche, su cui avviare interventi di "governo" locale di tipo aziendale/distrettuale, basati su formazione/condivisione di criteri di appropriatezza prescrittiva, relativi anche alla prioritarizzazione, analisi e valutazione dell'attività all'interno dei gruppi di professionisti coinvolti – anche nell'ambito delle commissioni distrettuali per l'appropriatezza.

### 3. Separazione dei percorsi per i pazienti cronici.

Per quelle patologie croniche che richiedono periodici esami clinici di monitoraggio, secondo percorsi definiti, occorre creare un sistema parallelo di prenotazioni. Infatti per i portatori di tali patologie il sistema Recup, pur con gli aggiustamenti e le prioritarizzazioni, non appare idoneo, per la difficoltà di garantire una tempistica ideale. La programmazione degli accertamenti per questa popolazione permette di inserirli in un sistema direttamente gestito dal MMG. Accanto al Recup dunque si ravvisa la possibilità di sperimentare e attuare, nel corso del periodo di vigenza del Piano, un'agenda di accertamenti programmati per pazienti con patologie croniche definite, gestite dal MMG.

4. Razionalizzazione dell'assistenza e ottimizzazioni dell'efficienza attraverso il sistema delle reti.

I sistemi di assistenza organizzati in reti, di cui si tratta nella Parte III - cap. 4.b.3 insieme agli esempi riportati negli Allegati al presente Piano, hanno, fra l'altro, lo scopo di migliorare l'efficienza delle strutture. Questo si realizza attraverso la riduzione di duplicazioni di esami, l'effettuazione delle indagini diagnostiche nei luoghi più appropriati, il rispetto della tempistica degli accertamenti e delle terapie, la continuità assistenziale ottenuta anche tramite le figure dei case manager. L'impulso che questo Piano dà a queste forme dell'organizzazione dell'assistenza comportano importanti passi avanti verso l'appropriatezza degli interventi e l'efficienza delle strutture erogatrici. È lecito attendersi dall'avanzamento di queste trasformazioni un cospicuo miglioramento nella tempistica degli esami per quelle patologie che vengono trattate nei sistemi di rete avviati e consolidati.

5. Piani specifici per patologie.

Per alcune patologie, ad esempio le patologie tumorali, la Regione dovrà emanare specifici piani per la riduzione dei tempi di attesa, specie per le indagini effettuate con tecnologie di altissima specializzazione, quali la PET.

In campo oncologico, l'effettivo avvio della rete oncologica, così come delineata nell'Allegato E, dovrebbe essere sufficiente a regolamentare e ottimizzare i flussi di pazienti verso tutte le prestazioni, grazie all'impegno e all'organizzazione dei Dipartimenti oncologici. Tuttavia si ritiene necessario l'intervento regionale, sia per accelerare i processi di riorganizzazione, sia per garantire l'accesso equo e appropriato alle prestazioni, che i tempi di messa a regime del sistema dei Dipartimenti potrebbero far ritardare.

È inoltre immediatamente individuabile un intervento in ambito oncologico che può fortemente ridurre i tempi di attesa per prestazioni che ad oggi comportano liste d'attesa lunghe, quali la mammografia.

L'intervento consiste nell'inserire nelle agende dei programmi di screening le prescrizioni a scopi preventivi (per asintomatici) per pap-test, mammografia e test del sangue occulto delle feci.

Nella Regione Lazio esistono programmi che invitano attivamente la popolazione target ad eseguire un test di screening (mammografia o pap-test) per evidenziare tra le donne sane coloro che necessitano di ulteriori approfondimenti diagnostici.

Nel contempo la donna può prenotare, in esenzione ticket se in fascia di età corretta e secondo una periodicità stabilita, ai sensi della Legge 388/2000, un pap-test o una mammografia di prevenzione in una qualsiasi struttura accreditata. Il centro di prenotazioni unico regionale (Recup) gestisce gran parte delle prenotazioni di tali prestazioni.

Questo doppio meccanismo genera:

- inappropriata utilizzazione dei test di screening, con possibili danni alla salute delle donne;
- spreco di risorse economiche che sarebbero meglio utilizzate per il mantenimento di programmi di screening che non riescono a raggiungere standard di compliance accettabili;
- inefficienza nell'utilizzo di risorse umane e tecnologiche;
- aumento delle liste di attesa.

Il problema è molto sentito per la prestazione di mammografia bilaterale. Da un confronto tra i dati di attività di screening e attività ambulatoriale effettuato per lo screening mammografico, si evidenzia che nel 2005 il 21% circa della popolazione target della regione Lazio ha usufruito di una mammografia di screening attraverso un programma organizzato, il 23% circa ha effettuato una mammografia come prestazione ambulatoriale presso centri territoriali o ospedalieri, mentre il 56% non risulta avere fatto mammografia in ambito pubblico o privato accreditato.

Allo scopo di:

- ridurre l'inappropriatezza di utilizzo dei test di screening (cittadine che fanno più test di quelli raccomandati e altre che non ne fanno mai, mettendo a rischio di sovradiagnosi e sovratrattamento le prime e non garantendo un intervento efficace alle seconde);
- garantire il corretto percorso preventivo sulla base della conoscenza non solo di quando sono stati fatti gli esami precedenti ma anche dei risultati di questi test e degli accertamenti successivi;
- aumentare la qualità delle prestazioni erogate (tramite l'adozione di protocolli evidence-based con rigidi controlli di qualità);
- aumentare l'efficienza nell'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche, riducendo le liste d'attesa.

È bene che l'erogazione di mammografia o pap-test in regime di esenzione per la prevenzione oncologica ai sensi della Legge finanziaria n. 388/2000 nella regione Lazio avvenga tramite invito da parte della ASL o, qualora la donna non abbia ricevuto o non abbia potuto aderire all'invito, tramite accesso o prenotazione diretta ai programmi di screening delle ASL, via Recup.

Sia per lo screening citologico che mammografico è pensabile attuare strategie per far confluire le richieste di pap-test e mammografie di prevenzione ai centri di screening.

Per lo screening del cancro del colon retto, si dovrà prioritariamente rinforzare ed estendere l'attività di screening organizzato, per poi effettuare la medesima operazione.

I due sistemi devono integrarsi senza ostacolare i due modelli organizzativi.

Da un lato il Programma di screening continuerà ad invitare la sua popolazione target e il sistema Recup a prenotare le richieste di esami di screening per prevenzione, ma il Recup dovrà informare le donne che richiedono una mammografia o un pap-test di screening dell'esistenza dei programmi organizzati e immettere nelle agende dello screening tali tipi di richieste. Le modalità organizzative saranno curate dall'ASP e dal Recup congiuntamente.

Occorre anche coinvolgere i MMG affinché indirizzino verso i programmi di screening organizzato le donne assistite.



## 11. Sistemi informativi

### Problemi

In una realtà sempre più complessa, sono cambiate le modalità e la velocità con cui i sistemi informativi sanitari devono adeguarsi a far fronte alle esigenze utili alla conoscenza, alla programmazione, al monitoraggio, alla valutazione e alla regolazione del SSR. I sistemi informativi devono adattarsi alle nuove strategie delle politiche sanitarie che, per rispondere alle necessità assistenziali dei cittadini, determinano una maggior integrazione tra ospedale e territorio nonché lo sviluppo in rete delle attività sanitarie. Si modificano pertanto le modalità di progettazione e gestione dei sistemi, transitando da una prospettiva prevalentemente verticale, in cui l'elemento portante sono gli eventi di salute o i contatti con i servizi (singole prestazioni), ad una visione orizzontale e integrata dove il focus si trasferisce su gruppi di popolazione fragili e a rischio e sulla centralità del cittadino e delle sue necessità assistenziali.

In questo scenario un'altra componente rilevante da considerare è l'evoluzione tecnologica, in quanto può favorire l'innovazione e l'adeguamento dei sistemi informativi alle mutate esigenze di carattere operativo. La diffusione di internet in quasi tutti i punti aziendali facilita le modalità di raccolta e di interrogazione dei dati e al tempo stesso indirizza verso la costruzione di una rete di sottosistemi locali autonomi ma interdipendenti. L'introduzione nel mercato di nuovi strumenti gestionali e per lo sviluppo software modifica le tecniche per la progettazione di nuove applicazioni e facilita l'integrazione dei sistemi esistenti. Inoltre, la penetrazione del paradigma *open source* comporta la necessità di definire nuovi principi e linee guida che potranno influenzare progettazione, modalità di sviluppo e gestione dei sistemi informativi.

Per quanto riguarda i contenuti del sistema informativo, posto che la tecnologia informatica, per quanto fondamentale essa sia, è da considerarsi uno strumento per supportare e migliorare il funzionamento del sistema, è necessario focalizzare alcune linee strategiche di sviluppo derivanti dalla necessità di risolvere gli aspetti critici che connotano la situazione attuale.

Le linee di azione del presente Piano si basano su alcune scelte strategiche, tra le quali: riequilibrio tra attività ospedaliere e territoriali, centralità del Distretto, sviluppo del settore delle cure primarie e intermedie, costruzione di percorsi assistenziali, partecipazione dei cittadini, trasparenza, valutazione delle attività e degli esiti.

L'attuale Sistema informativo, sia per l'architettura che per la tecnologia e i contenuti, non è adeguato a sostenere tali sviluppi e cambiamenti, in considerazione della settorialità, frammentarietà e disomogeneità con cui, nel tempo, si è sviluppato nel territorio regionale.

I punti di maggiore criticità possono essere individuati nella scarsa evoluzione, omogeneità e integrazione dei sistemi informativi territoriali, nello sviluppo compartimentale e non sempre uniforme dei Sistemi informativi ospedalieri, nella qualità e completezza dei dati raccolti, nonché nella necessità di mettere a regime alcuni registri di patologia.

### Risposte

#### *Ruolo regionale e aziendale*

In coerenza con le linee regionali di programmazione sanitaria, è necessario predisporre annualmente un Piano di sviluppo del sistema informativo sanitario, che preveda tra le priorità l'integrazione dei diversi flussi informativi e lo sviluppo di aree ritenute strategiche quali, ad esempio, le cure primarie e intermedie. L'elaborazione di tale Piano è affidata a Laziosanità-Agenzia di Sanità Pubblica, ai sensi della legge istitutiva di tale ente (L.R. 16/99).

Il sistema informativo sanitario regionale deve assumere sempre più un ruolo di collegamento e coordinamento dei sistemi locali, i quali devono dotarsi di una struttura stabile e autonoma in grado di soddisfare i bisogni informativi tanto degli organi direzionali quanto delle strutture periferiche dell'azienda, garantendo i livelli essenziali di qualità e affidabilità dei dati. Ciò comporta da parte delle Aziende sanitarie e ospedaliere un'assunzione di responsabilità nei confronti dei propri utenti e del Sistema regionale, alla quale dovrebbe corrispondere un adeguato investimento in risorse umane e tecnologiche senza le quali il mandato rimarrebbe disatteso, con grave danno nelle capacità di gestione autonoma dell'Azienda stessa.

Il Sistema informativo è una funzione diffusa, coinvolge diversi attori a differenti livelli dell'intero sistema sanitario regionale o aziendale, e l'organizzazione cui compete questa funzione è finalizzata ad attivare mezzi e strumenti per conseguire l'obiettivo informativo, coordinando i diversi settori e fornendo a ciascuno l'opportunità di fruire delle informazioni utili alle proprie attività. L'organizzazione Sistema informativo per la salute, tanto in ambito regionale quanto aziendale, proprio in ragione della funzione di coordinamento al servizio di tutto il sistema (amministrativo, economico, clinico-sanitario) dovrebbe mantenere un'autonomia e una trasversalità che consentano un'interlocuzione "alla pari" con i settori che allo stesso tempo partecipano all'alimentazione del sistema e usufruiscono delle informazioni prodotte.

#### *Le linee guida per lo sviluppo*

Attualmente è operativo nel Lazio un sistema di rilevazione per la maggior parte dei settori di attività delle Aziende sanitarie, che si è sviluppato secondo due distinte linee:

- acquisizione a livello regionale delle informazioni necessarie alle funzioni di programmazione, valutazione e controllo strategico del sistema nel suo complesso;
- definizione e formalizzazione delle fonti informative che consentano alle Aziende di assolvere alle funzioni di monitoraggio e di formazione della conoscenza aziendale e regionale.

Le modalità, i tempi e le tecnologie con cui i dati sono raccolti differiscono tra i vari settori, il che rappresenta un limite. Dal punto di vista tecnologico, occorre sviluppare nuovi modelli organizzativi e adeguare i settori delle tecnologie informatiche e dei sistemi informativi aziendali al fine di consentire l'utilizzo di internet e della rete unificata regionale (RUPAR) come piattaforma per la raccolta dati e di incrementare la tempestività di rilevazione. Su questa linea possono essere considerati un modello di riferimento regionale i collaudati sistemi Quasio on-line e Quasias on-line, rispettivamente per il monitoraggio e controllo di qualità e completezza dei flussi dati per il Sistema informativo ospedaliero e per il Sistema informativo ambulatoriale e della specialistica. Questi sistemi però non devono essere considerati quali punti finali, ma piuttosto di collegamento con altri sistemi regionali come, ad esempio, il ReCUP e il Cruschetto direzionale.

A livello di programmazione, diversi paesi occidentali si stanno indirizzando verso la costruzione di sistemi in cui il valore dell'informazione, intesa come la raccolta completa e integrale dei dati sanitari a livello di singolo utente, diventa un elemento centrale per garantire la qualità dell'assistenza. In tal senso, nel rispetto della riservatezza e del regolamento per il trattamento dei dati personali, sarà progettato e sviluppato un *Computer patient based record* ("record sanitari relazionati al paziente") in modo da trasferire la visione dalla componente "clinica" di attività verso una prospettiva

longitudinale degli accessi al servizio sanitario da parte dei cittadini e poter in tal modo focalizzare l'attenzione su gruppi di popolazione e sui percorsi assistenziali seguiti.

Per le funzioni di valutazione, è necessario rendere gli attuali sistemi più flessibili, in grado di rispondere ai nuovi bisogni informativi. L'obiettivo è quello di inserire gradualmente metodologie di raccolta dati attivabili e disattivabili in base alle esigenze informative emergenti, come previsto, ad esempio, dalla Determina del Direttore n. 4118 del 9 novembre 2007 "Modifica del contenuto informativo della rilevazione dei dati sulle dimissioni ospedaliere per pazienti acuti". Inoltre, dovrà essere sviluppata l'integrazione tra i sistemi, attualmente prevista solo per alcuni, come ad esempio per il Sistema informativo dell'emergenza sanitaria e quello ospedaliero. Occorre quindi ampliare gli ambiti di integrazione, sfruttando anche la piattaforma internet/RUPAR e costruire chiavi di linkage per relazionare data base diversi al fine di seguire, avendone tracciabilità, il percorso assistenziale del singolo utente.

Per quanto riguarda gli ambiti di sviluppo, sono individuati come segue.

- *Sistema informativo territoriale*, con particolare riferimento a:
  - cure primarie (MMG);
  - unità di valutazione distrettuali, assistenza domiciliare, valutazione multidimensionale;
  - cure intermedie, con particolare riferimento per le RSA allo sviluppo di *Resource utilization groups* (RUG) per la valutazione del case-mix assistenziale, Hospice e PTP.
- *Integrazione del sistema informativo sanitario e di quello sociale.*
- *Sistemi informativi ospedalieri*, con particolare riferimento al comparto delle anatomie patologiche.
- *Registri di patologia*, con particolare riferimento alla necessità di costruire un registro tumori di maggiore estensione rispetto a quello esistente che riguarda la sola provincia di Latina e al consolidamento del Registro dei pazienti in dialisi.

## 12. Monitoraggio e controllo dell'assistenza farmaceutica

### Problemi

La ricerca dell'appropriatezza delle prescrizioni e lo sviluppo di strumenti propri del governo clinico sono tra gli elementi che caratterizzano le politiche sanitarie regionali: tali strategie si applicano anche al settore del farmaco.

Un'adeguata disponibilità di farmaci sicuri, efficaci e accessibili da parte della popolazione rappresenta un'importante garanzia di equità. La politica regionale sul farmaco, coerentemente con i principi sopra richiamati, intende caratterizzarsi per lo sviluppo di azioni volte a migliorare la conoscenza sull'uso del farmaco così da renderlo sempre più un bene *di salute* piuttosto che un bene *di consumo*. Il settore del farmaco è caratterizzato da un'anomalia di fondo poiché chi prescrive i medicinali è un soggetto diverso da colui che li "consuma" che, a sua volta, non coincide con il pagatore del farmaco prescritto (terzo pagante). Tale anomalia, accompagnata negli ultimi anni da numerose e profonde modificazioni relative al quadro normativo e all'assetto organizzativo, richiede un continuo sforzo di vigilanza e controllo per individuare ed eventualmente sanzionare e correggere comportamenti non appropriati.

Le biotecnologie hanno portato alla possibilità di sintetizzare farmaci dall'enorme complessità molecolare; questi farmaci, detti grossolanamente farmaci biologici, comprendono tipologie estremamente varie di principi attivi e ambiti d'utilizzo. La caratteristica che accomuna quasi tutti questi farmaci è l'elevato costo. Quando questi farmaci sono indicati per il trattamento di patologie croniche relativamente diffuse nella popolazione (pazienti oncologici, dializzati, diabetici, pazienti con artrite reumatoide) è evidente che l'impatto sulle finanze del servizio sanitario è molto rilevante. Al momento tali farmaci vengono somministrati in erogazione diretta da parte del SSR. Questa modalità dovrebbe garantire una maggiore appropriatezza delle somministrazioni e contemporaneamente una rapida diffusione di questi nuovi presidi ai pazienti che ne hanno bisogno. Il monitoraggio e la valutazione di appropriatezza e d'impatto dell'uso di questi farmaci costituisce priorità per la sanità pubblica della regione.

L'assistenza farmaceutica contribuisce ad un 15,7% della spesa sanitaria totale a carico del SSR. Nell'anno 2008 la spesa lorda convenzionata ha registrato, rispetto allo stesso periodo del 2007, una lieve riduzione (-2,0%) a fronte di un incremento a livello nazionale del +0,1%. Tale flessione è dovuta alle misure di razionalizzazione e contenimento attuate a livello regionale (potenziamento della distribuzione diretta di farmaci, prezzo di riferimento per la categoria degli inibitori di pompa protonica) e, contestualmente, alle misure varate da governo (riduzione del prezzo dei farmaci da parte dell'AIFA). In termini di consumo il Lazio è una fra le regioni (insieme a Calabria e Sicilia) con il più alto livello di dosi (1.031 DDD contro 1.007 DDD nazionali).

Circa il 66% della popolazione regionale ha ricevuto almeno una prescrizione nel corso del 2008 (senza tener conto dell'automedicazione); nelle fasce d'età più anziane la prevalenza è pari quasi al 90% ed è spiegabile in larga misura con l'uso di farmaci per patologie croniche. Anche in età pediatrica si osserva un ampio ricorso al trattamento farmacologico: 1 bambino su 2 riceve un farmaco, principalmente un antibatterico. La quota per i farmaci equivalenti (non coperti da brevetto) è pari al 25% del totale della spesa (+28% rispetto al 2007) e al 36% del totale delle DDD (+39% rispetto al 2007). L'effetto mix presenta una flessione negativa, ad indicare un orientamento della prescrizione verso farmaci meno costosi. La sostanza con una maggiore incidenza in termini di spesa è l'atorvastatina, quella più prescritta il ramipril mentre il principio attivo generico è stato, come atteso, il lansoprazolo.

Tuttavia gli obiettivi del Piano non possono e non devono essere finalizzati al solo contenimento della spesa (sia essa farmaceutica o attinente ad altri ambiti assistenziali), quanto piuttosto ad altri obiettivi quali l'aumento della speranza di vita senza disabilità, la riduzione della disabilità evitabile, la riduzione della mortalità evitabile nonché la garanzia dell'equità di accesso a prestazioni efficaci. È pertanto necessario che su tale tema siano sviluppati programmi che migliorino la qualità e l'appropriatezza delle prescrizioni, evitando consumi eccessivi e informando il cittadino. A tale proposito è imprescindibile una stretta collaborazione tra i vari attori del sistema: farmacisti, MMG, PLS, responsabili di Distretto/ASL e utilizzatori finali.

Si deve tendere inoltre al controllo e monitoraggio dell'assistenza farmaceutica ospedaliera applicando anche all'Area dei dispositivi medici, compresi i reagenti e diagnostici di laboratorio (da gestire attraverso i servizi di farmacia ospedaliera e i servizi farmaceutici territoriali), le stesse regole dei farmaci per ottimizzarne l'uso, ridurre gli sprechi e liberare risorse utilizzabili a garantire l'innovazione tecnologica di questo settore.

Infatti il costo di questo settore è una variabile al momento fuori controllo e presenta un'alta percentuale di inappropriata. Solo di recente con la Classificazione nazionale dei dispositivi medici, CND, messa a punto a livello ministeriale dalla CUD, si comincia a capire e approfondire il fenomeno, con l'obiettivo di ottimizzare l'uso dei prodotti, garantire la sicurezza del paziente e rendere compatibile il sistema con le esigenze di riduzione della spesa.

## **Obiettivi**

L'appropriatezza, e i concetti ad essa collegati, rappresentano la dimensione che meglio descrive la qualità dell'assistenza in campo farmaceutico. Più in dettaglio, il presente Piano identifica le seguenti aree prioritarie di intervento:

- promozione dell'uso appropriato del farmaco anche attraverso una maggiore diffusione e implementazione di linee guida clinico-organizzative basate sulle migliori evidenze scientifiche;
- promozione dell'uso appropriato del dispositivo medico anche attraverso una maggiore diffusione e implementazione di linee guida clinico-organizzative basate sulle migliori evidenze scientifiche;
- diffusione dei farmaci equivalenti;
- sviluppo dei processi di educazione, informazione e responsabilizzazione sia dei prescrittori che dei cittadini;
- promozione di programmi, studi e piani di formazione attiva da realizzarsi in collaborazione con i MMG, i PLS, le società scientifiche e le strutture universitarie;
- creazione di un Centro regionale di informazione indipendente e permanente sul farmaco;
- valorizzazione del ruolo delle farmacie territoriali e ospedaliere, attraverso la costituzione di una rete di assistenza sanitaria di base integrata ed efficiente sia in termini di prevenzione e cura primaria, che di efficace allocazione delle risorse;
- adeguamento/aggiornamento dei sistemi informativi regionali e aziendali alle necessità del governo della salute a livello distrettuale e integrazione con altri sistemi informativi sanitari, registri e database clinici;
- valutazione dell'efficacia della modalità di erogazione diretta per i farmaci biologici;
- governo della spesa farmaceutica ospedaliera.

## Risposte

Per il perseguimento degli obiettivi sopra elencati, il SSR deve garantire:

- sistemi informativi adeguati che permettano il monitoraggio e la sorveglianza qualitativa e quantitativa delle prescrizioni farmaceutiche da parte dell'ASP, l'analisi regionale dei dati complessivi relativi all'assistenza farmaceutica (territorio, ospedale e distribuzione diretta), con l'invio di specifica reportistica alle ASL dei dati aggregati, degli indicatori di spesa e di esposizione e dei confronti trasversali e longitudinali; in questo contesto sarebbe auspicabile un aggiornamento del sistema informativo che consenta di individuare, tramite la classificazione ICD- 9-CM, la diagnosi nella ricetta;
- integrazione dei sistemi informativi delle prescrizioni farmaceutiche con i sistemi informativi sanitari regionali/aziendali, i registri e i database clinici;
- completamento del sistema di rilevazione della spesa ospedaliera per farmaci scorporando la parte relativa alla distribuzione diretta ai cittadini;
- promuovere anche per i dispositivi medici Repertori terapeutici, linee guida e valutazioni HTA;
- l'istituzione di tavoli regionali con la partecipazione di tutti gli operatori;
- una pratica consolidata delle gare centralizzate per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici sia negli ospedali sia nelle AO, verificando anche la possibilità di sviluppare la distribuzione diretta dei farmaci da parte delle ASL (ambiti dell'assistenza domiciliare e dell'assistenza residenziale e semiresidenziale), l'erogazione ospedaliera dei farmaci necessari al primo ciclo di cura alla dimissione e la semplificazione delle procedure di disponibilità, in modo tale da renderli effettivamente accessibili da parte dei cittadini;
- un processo di audit clinico volto a migliorare la qualità e gli esiti di salute dell'assistenza, grazie al quale i clinici possano esaminare la propria attività e i propri risultati in confronto a standard espliciti, e modificarli se necessario;
- la formalizzazione di un "percorso" della comunicazione e trasmissione dell'attuale reportistica a tutti i livelli istituzionali, con maggiore coinvolgimento della figura del referente della Medicina generale a livello distrettuale;
- la costituzione di un Centro regionale per l'informazione indipendente sui farmaci tramite:
  - l'identificazione di un sistema scientificamente valido qualificato e indipendente che si ponga quale riferimento per il medico prescrittore, promuovendo un atteggiamento di scelta consapevole, nel rispetto dei benefici per i pazienti e delle risorse del SSR;
  - lo sviluppo di un sistema di valutazione analitica e critica delle fonti scientifiche primarie, da mettere a disposizione degli organi decisionali;
  - il coordinamento strategico e gestionale delle diverse iniziative delle ASL della regione.

Dovranno essere inoltre promosse sperimentazioni volte a consorzicare, a livello sovra aziendale, specifiche aree di attività dei servizi farmaceutici, previa intesa tra le Aziende stesse.

La Regione dovrà predisporre gli atti necessari all'attivazione degli strumenti utili al monitoraggio, provvedendo inoltre, in collaborazione con Laziosanità, a valutare l'impatto degli interventi utilizzando gli opportuni flussi informativi.

### 13. Cooperazione sanitaria ed emergenze umanitarie

#### Quadro di riferimento

La Regione mira a consolidare nel prossimo triennio il proprio impegno internazionale in materia di cooperazione allo sviluppo sanitario e di emergenze umanitarie. Intende dare priorità agli interventi orientati al rafforzamento dei Sistemi sanitari pubblici e alla lotta alla povertà, in accordo con le politiche dell'OMS e con gli Obiettivi delle Nazioni unite di sviluppo del millennio.

Si vuole in tal modo estendere il principio della solidarietà che ispira il presente Piano ad una prospettiva globale.

Al contempo la partecipazione ai programmi di cooperazione internazionale favorisce e promuove:

- la motivazione del personale del SSR;
- l'esperienza professionale relativamente a patologie divenute rare nella realtà italiana anche se in ritorno di crescita nei contesti globalizzati;
- l'esposizione a contesti culturali diversi che risulta utile agli operatori sanitari nella comunicazione multietnica sul luogo di lavoro;
- il capitale sociale delle strutture che partecipano con proprio personale ai programmi di cooperazione e, in senso lato, al SSR.

Il Lazio è caratterizzato da una notevole ricchezza di attori (Aziende sanitarie, Enti locali, agenzie pubbliche, Università, istituti di ricerca, Onlus) che da tempo operano nel settore dell'aiuto allo sviluppo con programmi di cooperazione decentrata. Questa si basa sul partenariato territoriale tra comunità organizzate, è contraddistinta dalla molteplicità degli attori coinvolti e da una visione multidimensionale dello sviluppo, inteso come co-sviluppo; adotta una logica orientata al rafforzamento delle istituzioni e allo sviluppo delle competenze locali (*capacity building*) nel rispetto di valori, tradizioni e culture autoctone.

Esempi di programmi di cooperazione decentrata svolti da enti del SSR che coinvolgono molteplici partner sono forniti da:

- il progetto avviato dall'AO S. Camillo-Forlanini di assistenza ospedaliera chirurgica e formazione nel Corno d'Africa (Eritrea, Etiopia/Tigrai e Somalia/Puntland), cui aderiscono diverse istituzioni ospedaliere, ONG e Onlus che assistono in loco ospedali di diversa tipologia. Il progetto è promosso dal Ministero degli Affari Esteri (MAE) e cofinanziato da fondazioni private. Il personale ospedaliero di ruolo usufruisce di un mese di aspettativa l'anno retribuita in base all'art. 71 della L.R. 27 febbraio 2004, n. 2;
- il progetto di prevenzione, diagnosi, cura, formazione e ricerca nel campo delle malattie dermatologiche e infettive, coordinato dall'Istituto Nazionale per la Salute, i Migranti e la Povertà (INMP), localizzato presso l'Italian Dermatological Center – IISMAS di Mekele (Etiopia), dove sono stati attivati 30 posti letto e due ambulatori. Numerosi partner contribuiscono alla realizzazione del progetto;
- il progetto MeHeNet di sviluppo dei servizi di salute mentale di comunità nel Governatorato di Behera in Egitto, in collaborazione con il Ministero della Sanità egiziano, nell'ambito del Programma di sostegno alla cooperazione regionale (APQ), coordinato da Laziosanità-ASP in partenariato con le Regioni Campania, Puglia e Veneto.
- il progetto IRIDIS-Tanzania (Increasing Response against Infectious DISeases in Tanzania) di diagnosi, cura, formazione, ricerca e capacity building nel campo delle malattie coordinato per la parte tecnico-scientifica

dall'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani, in collaborazione con la Cooperazione Italiana in Tanzania.

### **Le iniziative proposte**

In questo quadro di riferimento appare opportuno consolidare le reti e le sinergie tra i vari attori della cooperazione, e armonizzare i collegamenti con le istituzioni regionali e nazionali che si occupano di cooperazione allo sviluppo.

La Regione Lazio intende potenziare il ruolo di coordinamento delle attività di cooperazione internazionale condotte dalle organizzazioni sanitarie che operano nell'ambito del SSR per governare i settori d'intervento e per integrare al meglio le risorse disponibili sul territorio.

Altre Regioni in Italia hanno da tempo organizzato un efficace coordinamento della attività di cooperazione sanitaria. Un approccio simile è stato anche proposto dal MAE e dal Ministero della Salute nella Conferenza per la costituzione di un partenariato per la salute con i Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente (Roma, 8 febbraio 2007), per potenziare il coordinamento tra le istituzioni centrali e gli Enti locali al fine di dispiegare una "diplomazia della salute" nei confronti del mondo arabo.

La Regione Lazio intende pertanto avvalersi di una direzione dedicata ai programmi internazionali in ambito sociosanitario, collocata all'interno di Laziosanità-ASP – già indicata nell'art. 16 comma 1 della L.R. 7 aprile 2000, n. 19, quale ente subregionale deputato all'attuazione dei programmi di cooperazione.

La direzione opererà in collaborazione con la Presidenza della Giunta Regionale, l'Assessorato alla Salute e l'Assessorato all'Ambiente e politiche per la cooperazione tra i popoli e svolgerà le seguenti funzioni:

- *pianificazione strategica e coordinamento.* Definizione delle linee di attività, pianificazione degli interventi all'interno dei programmi-paese in linea con le direttive di politica estera, coordinamento dei vari interventi nei quali sono impegnati i diversi attori del SSR, nonché il Comitato cittadino per la Cooperazione decentrata del Comune di Roma;
- *creazione di una rete di collaborazioni e convenzioni* anche a carattere consortile con agenzie internazionali, Università e centri di ricerca italiani ed esteri, ONG e network di istituzioni pubbliche e private operanti nel settore della sanità internazionale e della cooperazione allo sviluppo;
- *implementazione di programmi di sanità pubblica* anche in collaborazione con altre organizzazioni o enti nazionali e internazionali;
- *monitoraggio e valutazione.* Verifica dell'impatto degli interventi in termini di miglioramento effettivo della salute e della performance dei sistemi sanitari;
- *formazione e comunicazione.* Maggiore diffusione dei principi e degli strumenti degli interventi di cooperazione in ambito regionale e nazionale, tramite la formazione del personale sociosanitario, come indicato nell'art. 5 comma 3 della L.R. n. 19/00;
- *organizzazione delle attività di emergenza umanitaria in ambito sociosanitario* legate a eventi bellici, a catastrofi naturali o a gravi crisi socioeconomiche, definendo un modello di risposta alle emergenze internazionali – di concerto con il gruppo tecnico per la Cooperazione sanitaria internazionale che fa capo alla Conferenza Stato-Regioni –, dalla catena di comando ai relativi programmi di formazione;



- *procedure e regolamenti amministrativi e legali.* Definizione delle modalità di invio del personale sanitario in progetti all'estero e della copertura assicurativa; valorizzazione all'estero delle risorse umane appartenenti al SSR, presso le agenzie internazionali e la Commissione Europea; definizione delle modalità di finanziamento e di partecipazione alle gare.