



LAZIOSANITÀ  
AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA



REGIONE LAZIO

# **Piano Sanitario Regionale 2008-2010**



# Piano sanitario regionale 2008-2010

## Indice

Introduzione .....	pag. 5
Sintesi del Piano sanitario regionale .....	pag. 9
<b>Parte I – Quadro di riferimento .....</b>	<b>pag. 17</b>
1. Premessa e principi del PSR .....	pag. 17
2. Contesto ed elementi critici .....	pag. 18
3. Strategie .....	pag. 22
a. <i>Strumenti di governo</i> .....	pag. 22
b. <i>Riequilibrio ospedale-territorio, centralità del Distretto, sviluppo delle cure intermedie</i> .....	pag. 24
c. <i>Reti di attività di rilievo regionale</i> .....	pag. 25
d. <i>Prevenzione e promozione della salute</i> .....	pag. 25
4. Disuguaglianze socioeconomiche nella salute e nell'assistenza sanitaria .....	pag. 28
<b>Parte II – Obiettivi di salute .....</b>	<b>pag. 33</b>
1. Introduzione .....	pag. 33
2. Malattie cardiovascolari .....	pag. 34
3. Malattie cerebrovascolari .....	pag. 37
4. Malattie oncologiche .....	pag. 40
5. Diabete .....	pag. 45
6. Malattie respiratorie .....	pag. 48
7. Demenze e malattia di Alzheimer .....	pag. 53
8. Salute mentale .....	pag. 56
9. Traumatismi negli anziani .....	pag. 60
<b>Parte III – Linee d'indirizzo per l'offerta dei servizi e livelli assistenziali .....</b>	<b>pag. 63</b>
1. Nuovo assetto istituzionale del Servizio sanitario regionale ed elementi fondamentali del cambiamento .....	pag. 63
a. <i>Dal Piano di rientro al Piano sanitario: gli sviluppi pianificati</i> .....	pag. 63
b. <i>Assetto istituzionale del Servizio sanitario regionale</i> .....	pag. 64
c. <i>Gli elementi fondamentali del cambiamento</i> .....	pag. 67
2. Prevenzione .....	pag. 69
a. <i>Modelli e piani di prevenzione e contrasto ai determinanti sociali e ambientali della salute</i> .....	pag. 69
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 e medicina predittiva</i> .....	pag. 86

3. Servizi territoriali e Distretto .....	pag. 88
a. <i>Considerazioni generali</i> .....	pag. 88
b. <i>Integrazione sociosanitaria</i> .....	pag. 91
c. <i>Centri di assistenza domiciliare, Assistenza domiciliare integrata</i> .....	pag. 94
d. <i>Cure intermedie (Presidi territoriali di prossimità, Residenze sanitarie assistenziali, Hospice)</i> .....	pag. 96
e. <i>Infermiere di comunità</i> .....	pag. 104
f. <i>Medici di medicina generale</i> .....	pag. 108
g. <i>Pediatrati di libera scelta</i> .....	pag. 110
h. <i>Dipartimento di prevenzione</i> .....	pag. 112
i. <i>Tutela della salute mentale e riabilitazione in età evolutiva</i> .....	pag. 115
j. <i>Sistema dei servizi per le dipendenze patologiche</i> .....	pag. 117
k. <i>Consultori familiari</i> .....	pag. 119
l. <i>Le attività di diagnostica di laboratorio</i> .....	pag. 121
m. <i>Specialistica ambulatoriale</i> .....	pag. 124
n. <i>Veterinaria</i> .....	pag. 126
4. Ospedale .....	pag. 130
a. <i>Umanizzazione</i> .....	pag. 130
b. <i>Attività ospedaliera per acuti</i> .....	pag. 131
1. <i>Analisi della situazione attuale e benchmark</i> .....	pag. 131
2. <i>Razionalizzazione, sviluppo e riqualificazione del sistema di offerta</i> .....	pag. 132
3. <i>Le Reti ospedaliere regionali di alta specialità</i> .....	pag. 134
4. <i>L'Emergenza</i> .....	pag. 138
5. <i>Le Cure intensive</i> .....	pag. 140
6. <i>Riassetto organizzativo dell'attività assistenziale</i> .....	pag. 142
c. <i>Riabilitazione ospedaliera e lungodegenza</i> .....	pag. 148
d. <i>Linee di programmazione per l'ammodernamento della rete ospedaliera</i> .....	pag. 148
5. Aree di integrazione .....	pag. 151
a. <i>La disabilità</i> .....	pag. 151
b. <i>Salute e multiethnicità</i> .....	pag. 157
c. <i>Salute della donna</i> .....	pag. 161
d. <i>Salute del bambino</i> .....	pag. 165
<b>Parte IV – Strumenti</b> .....	pag. 169
1. <b>Introduzione</b> .....	pag. 169
2. <b>Strumenti per la regolazione del sistema</b> .....	pag. 171
a. <i>Accreditamento istituzionale</i> .....	pag. 171
b. <i>Sistemi di remunerazione</i> .....	pag. 176
c. <i>Governo dell'acquisizione di beni e servizi</i> .....	pag. 180
d. <i>Sviluppo degli strumenti gestionali</i> .....	pag. 184
e. <i>Partecipazione dei cittadini ed Enti locali, Bilancio sociale</i> .....	pag. 185

3. La ricerca nel SSR e il ruolo di IRCCS e Università .....	pag. 191
4. Bisogni informativi per il governo e ruolo della ricerca epidemiologica .....	pag. 197
5. Associazioni dei cittadini .....	pag. 199
6. Continuità assistenziale .....	pag. 202
7. Formazione .....	pag. 205
8. Governo clinico, linee guida e valutazione esiti .....	pag. 208
9. Sistemi informativi .....	pag. 215
10. Monitoraggio e controllo dell'assistenza farmaceutica .....	pag. 218
11. Cooperazione sanitaria ed emergenze umanitarie .....	pag. 221

### **Allegati**

a. Rete per l'assistenza all'ictus cerebrale acuto .....	pag. 3
b. Rete integrata per l'assistenza al trauma grave e neurotrauma .....	pag. 51
c. Rete assistenziale per l'emergenza cardiologica .....	pag. 123
d. La rete dell'emergenza nella regione Lazio .....	pag. 173
e. Rete oncologica regionale .....	pag. 187
f. Rete pediatrica .....	pag. 213
g. Percorso nascita .....	pag. 246



## 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 delle cure rispetto alla separazione di funzioni e di specialità. È tenendo presente questo quadro di riferimento che le recenti esperienze internazionali di modelli assistenziali integrati, dal punto di vista pubblico-privato come in Catalogna, o dei livelli assistenziali e dei percorsi clinici, come quello del Kaiser Permanent in California, 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 troppo costosa del Servizio sanitario 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 prossimo triennio 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 i cittadini/utenti si trovino 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 clinici 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 prevenzione, delle cure primarie e dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo delle cure intermedie e l'integrazione dei livelli assistenziali 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 porsi in una prospettiva di cambiamento in cui il governo della domanda e il governo dell'offerta vengano rivisti e in parte separati dal punto di vista amministrativo. Ciò al fine di favorire responsabilità, autonomia e integrazione nel sistema sanitario da una parte e l'empowerment dei cittadini dall'altra. Alle ASL va affidato il governo della domanda, ovvero 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. Alle ASL va anche il governo dei servizi territoriali, delle cure intermedie e della prevenzione. Le ASL hanno quindi 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 i medici di medicina generale.

Le Aziende ospedaliere dovranno modulare la loro 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 i presidi ospedalieri insieme agli altri servizi sanitari dovranno integrarsi in Reti assistenziali che costituiscono la modalità di offerta privilegiata nei piani di questa Regione. Le Aziende ospedaliere dunque, oltre a formare una rete di erogatori di assistenza ospedaliera, dovranno interfacciarsi con i servizi territoriali per la garanzia della continuità assistenziale e per l'organizzazione di reti di assistenza rispondenti ai bisogni degli utenti.

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 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 quanti individui 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 il modello assicurativo-solidaristico del SSR, che interviene prevalentemente su soggetti malati. 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 in questo Piano che individua nell'accreditamento, negli accordi contrattuali e nei sistemi tariffari gli strumenti necessari su cui far leva per trasformare l'organizzazione dei servizi sanitari nella nostra regione.



## SINTESI DEL PIANO SANITARIO REGIONALE

### (principali innovazioni)

Questo Piano individua tre ambiti di grande rilevanza:

- l'esigenza di evoluzione dei servizi sanitari, a causa dell'inefficacia dell'attuale assetto organizzativo della sanità, sia per quanto riguarda l'organizzazione della domanda e il controllo dell'offerta, sia per 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;
- l'impegno per l'eliminazione radicale di situazioni di assistenza che esprimono livelli di qualità inadeguati;
- il disavanzo economico cui far fronte tramite modifiche virtuose della spesa sanitaria e più moderni ed efficienti modelli organizzativi.

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

- **L'impulso e la trasformazione delle cure primarie e intermedie** 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. La loro gestione è affidata al Distretto, la responsabilità clinico-assistenziale è affidata al MMG e all'infermiere case manager. L'assistenza è in regime residenziale. Essi sono destinati a trattare persone affette da riacutizzazioni di patologie cronic-degenerative, che non necessitano di tecnologie diagnostico-terapeutiche avanzate, ma che non possono essere trattate a domicilio. Questi soggetti in passato afferivano alla tradizionale degenza ospedaliera. Tali strutture rappresentano il centro dell'attività assistenziale svolta sul territorio e sono in un rapporto di forte integrazione con gli altri servizi. Questo intervento comporta anche un nuovo e più avanzato ruolo del medico di medicina generale e lo rende organico con il resto delle attività assistenziali sul territorio. I PTP dovranno, a seconda delle esigenze, raccogliere anche altre funzioni di primo supporto per la salute dei cittadini (ambulatori specialistici, punti di primo soccorso ecc.). La forma organizzativa di tali presidi appare tra le più adatte, in una regione particolare come il Lazio, oltre che per rendere il territorio e in particolare il Distretto in grado di far fronte alla domanda di prestazioni che non sarà più soddisfatta a livello ospedaliero, anche per realizzare le funzioni proposte dal Ministero della Salute attraverso la sperimentazione delle "Case della salute". Il Piano prevede, dopo una fase sperimentale, l'impianto dei PTP su tutto il territorio regionale e ne definisce il numero e la dislocazione.
- **Il potenziamento delle attività di specialistica ambulatoriale e l'integrazione di essa nella rete dei servizi territoriali.** Si dovranno mettere a punto procedure adeguate per aumentare la capacità di risposta specialistica del territorio, fornendo strumenti agili con i quali rendere disponibili le competenze e le attività degli specialisti ospedalieri a livello dei servizi territoriali.

L'attività ambulatoriale andrà pertanto modulata diversificando l'offerta delle prestazioni erogate per livelli di complessità e potenziando l'offerta specialistica nelle strutture distrettuali, dove l'attività ambulatoriale può soddisfare l'intera gamma delle prestazioni meno complesse e migliorare l'offerta di prestazioni complesse e ad alto contenuto tecnologico da parte degli ambulatori protetti. Il Presidio territoriale di prossimità è individuato come una struttura idonea a integrare, secondo un'organizzazione flessibile, le funzioni specialistiche ambulatoriali.

- **L'organizzazione diffusa di Day service** per la gestione ambulatoriale di condizioni di natura complessa, diagnostica o terapeutica, con presa in carico del paziente. Lo sviluppo del Day service può contribuire a ridurre i ricoveri inappropriati e migliorare la tempestività degli interventi.
- **La forte promozione dell'uso appropriato del Day hospital e della Day surgery**, anche attraverso una politica tariffaria adeguata.
- **L'introduzione del Week hospital**, ospedale aperto cinque giorni alla settimana, in grado di aumentare l'efficienza del servizio sanitario per numerose discipline.
- **L'attivazione di reparti di Osservazione breve intensiva (OBI)** nella gestione delle emergenze-urgenze, che hanno lo scopo di garantire una maggiore appropriatezza dei ricoveri ospedalieri da PS, tramite l'osservazione e l'accurata valutazione di pazienti instabili che spesso non hanno bisogno di ricovero.
- **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 contrattuali e delle modalità prescrittive.
- **Il forte impegno per l'accreditamento** come strumento per il raggiungimento di una qualità garantita delle prestazioni sanitarie per tutta la popolazione. Le direttive contenute nel Piano indicano l'uso di modelli di accreditamento rigorosi che, in considerazione della complessità dei processi assistenziali, prevedano fra i criteri anche la capacità di integrazione con altre strutture e l'inserimento in un processo di continuità assistenziale. A questo si affianca anche un accreditamento per il trattamento di alcune specifiche patologie, basato su indicatori e standard derivati dalla letteratura e dall'analisi del contesto laziale.
- **La promozione dell'integrazione fra i livelli assistenziali** e fra servizi del medesimo livello, per organizzare reti che garantiscano la continuità delle cure. L'integrazione va intesa in chiave multiprofessionale e interdisciplinare, per utilizzare a pieno le risorse disponibili e renderle equamente accessibili al cittadino. 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 singoli atti medici, ma di percorsi 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.

- **L'organizzazione di reti specialistiche** è finalizzata al miglioramento del sistema di erogazione delle prestazioni, fornendo collegamenti tecnici e funzionali fra strutture di diverso grado di specializzazione e fra diversi livelli di assistenza. Si dovrà evitare che le prestazioni a bassa complessità, che dovranno essere facilmente accessibili e prossime al cittadino, vengano erogate dai centri di alta specializzazione, lasciando a questi ultimi gli interventi più complessi. Le reti specialistiche in parte individuate nella D.G.R. 420/07 e negli allegati al Piano 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.
- **L'assistenza domiciliare, l'evoluzione delle cure primarie e il cambiamento del ruolo della Medicina generale** costituiscono interventi di grande rilievo in questo Piano, attuati attraverso l'incentivazione di forme associative, la promozione dei Presidi territoriali di prossimità e il potenziamento dell'assistenza domiciliare. La medicina generale deve contribuire allo sviluppo delle attività di prevenzione e promozione della salute e dell'integrazione tra servizi territoriali e ospedalieri. In questa trasformazione i MMG sono supportati da varie strutture e figure professionali previste dal Piano. Infatti PTP, infermieri di comunità e case manager possono garantire direttamente forme di assistenza complementari alle cure mediche e possono alleggerire il medico da attività improprie di carattere infermieristico o burocratico e ridurre le attività a domicilio del paziente.
- **L'attuazione di interventi in grado di promuovere l'empowerment dei cittadini.** Accrescere le capacità dei membri 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 politiche di sanità pubblica centrate sui bisogni e sulle aspettative dei cittadini. Il Piano individua interventi per promuovere la capacità di valutazione dei cittadini, migliorandone le conoscenze al fine di fornire ad essi mezzi per acquisire consapevolezza rispetto alla propria salute, per diventare protagonisti attivi della propria vita e del proprio benessere psicofisico e per assumere condotte consapevoli in caso di malattia.
- **L'impulso alla crescita e al recupero di validità delle iniziative di prevenzione.** Il Piano definisce la prevenzione funzione diffusa nel SSR e promuove il coinvolgimento di tutti i servizi del SSR. Il Piano indica i nuovi scenari per la prevenzione determinati dal mutare dei fattori economici, demografici e di profilo patologico e la necessità di utilizzare modelli validati e la combinazione di più metodi e approcci, anche definendo obiettivi e metodi comuni con istituzioni extrasanitarie.
- **L'orientamento della formazione** a supporto degli obiettivi di trasformazione dei servizi sanitari, e il riequilibrio del rapporto tra ospedale e territorio. 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.
- **Gli indirizzi per il governo clinico, le modalità d'uso delle linee guida, la valutazione di esito come strumento per le decisioni.** Il Piano individua come strategia primaria per il miglioramento delle prestazioni l'uso di queste metodologie che rappresentano fondamentali risorse per il governo e il controllo delle attività sanitarie.

- **Le strategie relative ai sistemi informativi.** Il Piano traccia le linee per riprendere in mano il filo dei processi, definendo le strategie informative e pianificando gli obiettivi, le informazioni ad essi pertinenti e l'uso finale. Il Piano indica con chiarezza che la direzione dello sviluppo dei sistemi è irrinunciabilmente istituzionale.
- **L'induzione di una crescita delle attività di ricerca nel SSR.** 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.

**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 sulle cure intermedie, sull'assistenza domiciliare, sulla medicina generale.
- **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.

### **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 nel triennio a 3,5 posti letto per mille abitanti, prevista dal Piano di rientro, 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 il sistema delle cure primarie;
  - 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.

## Sommario del Piano

L'articolazione del Piano comprende le seguenti sezioni:

1. **Quadro di riferimento.** Esso profila i più evidenti punti critici dell'assistenza sanitaria nella regione e le strategie principali attraverso cui si intende dare risposta ai problemi.
2. **Obiettivi di salute prioritari.** In questo capitolo sono definiti obiettivi, azioni e attività, relativi alle risposte che il sistema sanitario deve dare a problemi di salute specifici, individuati come prioritari. La scelta dei problemi prioritari è riconducibile ad uno dei principi base del Piano, ovvero il riequilibrio delle situazioni critiche per la carenza o la bassa qualità di servizi sanitari. Alcune patologie, pur non trovando specifica trattazione, sono riconsiderate nel piano comune di miglioramento dell'assistenza, i cui contenuti sono ampiamente descritti nel testo del documento.
3. **Linee di indirizzo per l'offerta dei servizi e livelli assistenziali.** In questo capitolo sono contenute le linee di indirizzo per una trasformazione dei servizi, territoriali e ospedalieri, che sia coerente con i bisogni di assistenza, di accesso alle strutture e alle cure di qualità, nonché con le esigenze di contenimento della spesa. La parte dedicata al territorio è da considerarsi altamente innovativa per il radicale cambiamento che propone nell'organizzazione della multidisciplinarietà e integrazione delle cure fra i diversi livelli assistenziali, con i due sistemi, ospedale e territorio, che operano una rivisitazione dei reciproci ruoli in funzione di una sostanziale complementarietà.



In questo capitolo trova spazio la sezione dedicata alla prevenzione, intesa anche come promozione della salute e come opportunità di investimenti in programmi fondati sulla consapevolezza della salute come benessere fisico e mentale da salvaguardare.

Vengono poi focalizzate nella sezione denominata "Aree di integrazione" alcune tematiche in cui è più marcato il coinvolgimento di strutture e competenze multidisciplinari, a impronta non solo sanitaria ma anche sociale.

4. **Strumenti.** In questa parte sono descritti gli strumenti che il Piano individua per la realizzazione degli obiettivi. Vengono trattati quelli più stringenti per la regolazione del sistema, come l'accreditamento o le politiche tariffarie, unitamente ad altri elementi cardine per il cambiamento, come la ricerca, la partecipazione dei cittadini, il governo clinico e la formazione.
5. **Allegati.** In questa sezione 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. In particolare per quanto riguarda le reti dell'ictus cerebrale, del trauma grave e neurotrauma, dell'emergenza cardiologica e dell'emergenza, vengono riportati i testi e gli allegati della DGR 420/2007. Rispetto a tale stesura, restano validi i principi e l'organizzazione delle reti, mentre le attribuzioni di funzioni alle strutture verranno modificate con successivi atti sulla base di quanto definito dai subentrati provvedimenti sul riordino della rete ospedaliera. Sono previste reti di altre specialità, che verranno definite e adottate con successivi atti.



## PARTE I – QUADRO DI RIFERIMENTO

### 1. Premessa e principi del PSR

#### Premessa

Il presente Piano sanitario regionale del Lazio (PSR) per il triennio 2008-2010, "Un Nuovo Patto di Solidarietà per la Salute", 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).

La programmazione della Regione Lazio, basata sulle strategie delineate nel presente Piano ed enunciate anche nel Piano di rientro approvato dalla Giunta Regionale in data 12 febbraio 2007, verrà completata tramite successivi provvedimenti deliberativi.

#### 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 cure nei vari livelli assistenziali;
- perseguire l'equità nella salute, nell'assistenza sanitaria e nell'allocazione delle risorse, considerando la solidarietà come strumento di inclusione verso le persone svantaggiate e più fragili;
- ridurre la sofferenza dei malati e umanizzare l'assistenza, valorizzando l'importanza del rapporto relazionale ad ogni contatto tra cittadino e 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 il controllo della qualità 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'intersectorialità 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 l'empowerment dei cittadini come arma per il miglioramento della qualità delle prestazioni erogate dai servizi sanitari;
- riequilibrare i livelli assistenziali, trasferendo al territorio prestazioni attualmente erogate in modo inappropriato dalle strutture ospedaliere e potenziando e riqualificando i servizi distrettuali e la medicina generale; demedicalizzare gli interventi a prevalente impronta sociale e realizzare l'integrazione sociosanitaria.

## 2. Contesto 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 (5.493.308 abitanti, dati ISTAT 2006) è caratterizzato da una tendenza all'invecchiamento, con un incremento della classe di età 65 anni e oltre, nel periodo 2001-2006, pari al 15,6%, che ha portato la consistenza numerica di questa classe di età prossima 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 5,0%);
- 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.

Tabella. Popolazione del Lazio per genere e classi di età. Anno 2006.

	Classi di età										Totale
	0-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-54	55-64	65 e +	
<b>Maschi</b>	392672	135192	141965	171716	209404	226272	230341	370628	316775	445310	2640275
<b>Femmine</b>	370301	128807	138164	168751	214173	232080	236939	391490	351860	620468	2853033
<b>Totale</b>	<b>762973</b>	<b>263999</b>	<b>280129</b>	<b>340467</b>	<b>423577</b>	<b>458352</b>	<b>467280</b>	<b>762118</b>	<b>668635</b>	<b>1065778</b>	<b>5493308</b>

Dal 1 gennaio 2002 al 1 gennaio 2007 la popolazione residente della regione Lazio è aumentata di 376.233 abitanti (aumento del 7,4%). Il maggior incremento, pari al 12%, è stato osservato nella provincia romana (escluso il comune di Roma), a fronte di un aumento del 6,3% del comune di Roma e del 4,8% riportato complessivamente nelle altre province della regione.

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 (complessivamente dal 2002 al 2006: -6.568).

La provincia romana (comune di Roma escluso) ha riportato un saldo naturale positivo elevato (dal 2002 al 2006: +15.528), a fronte di un saldo naturale negativo osservato nel comune di Roma (dal 2002 al 2006: -1.380).

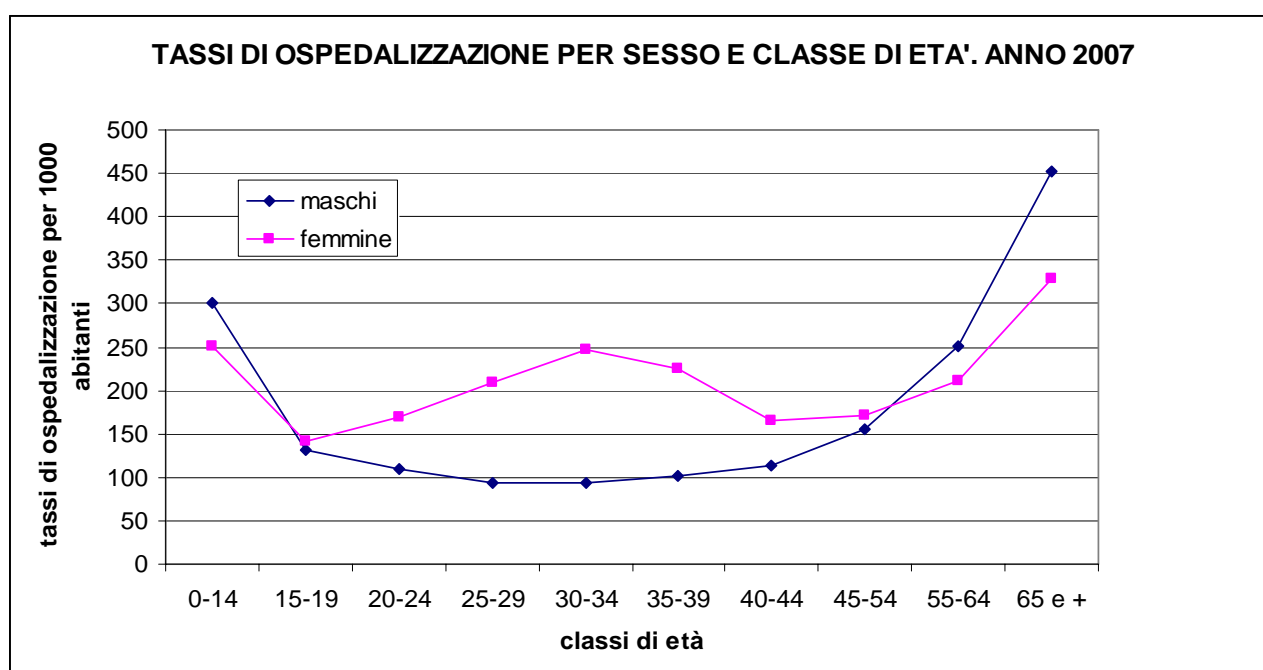
Il saldo migratorio negli ultimi 5 anni è risultato positivo in tutte le province della regione (massimo a Roma, minimo a Frosinone). In rapporto alla popolazione, la provincia romana (comune di Roma escluso) ha riportato il più elevato saldo

migratorio (in valori assoluti: +133.390 su 1.284.282 abitanti, contro un incremento nel comune di Roma di +161.123 su 2.547.677).

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 dell'area metropolitana della Capitale (suddivisa in 20 municipi), che comprende metà della popolazione residente in regione e costituisce un'estensione territoriale notevole, pari a 1.507 Km<sup>2</sup> (il più esteso comune d'Europa), costituisce una condizione di particolarità rispetto alle altre regioni italiane.

Il Servizio sanitario regionale è caratterizzato da una marcata prevalenza della componente ospedaliera, concentrata soprattutto nell'area metropolitana, rispetto ai servizi territoriali. Persistono problematiche relative all'appropriatezza dei trattamenti erogati in ambito ospedaliero. I diversi livelli assistenziali sono scarsamente integrati tra loro e con i servizi sociali, derivandone una situazione che conduce a discontinuità nell'assistenza.

Nel territorio regionale operano 12 Aziende sanitarie locali, con una popolazione assistita residente che varia da 154.754 (ASL di Rieti) a 686.200 abitanti (ASL RMB), articolate in 55 Distretti sanitari e 53 Presidi ospedalieri a gestione diretta. Sono presenti inoltre 3 Aziende ospedaliere di rilievo nazionale, 1 Azienda ospedaliera integrata con l'Università, 2 Aziende ospedaliere universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale, 1 Azienda per l'emergenza sanitaria, 9 Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di cui 6 di diritto privato, 42 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 nel 2007, esclusa la lungodegenza, è stato di 1.234.208, con tassi di ospedalizzazione per sesso ed età che seguono l'andamento riportato nel grafico seguente.



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

Dai dati previsivi 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 cronico-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, cure domiciliari, integrazione sociosanitaria), ma che richiedono la garanzia di accesso rapido alle cure ospedaliere, 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 delle cure intermedie (Residenze sanitarie assistenziali, Hospice, Presidi territoriali di prossimità, 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 riguarda il settore farmaceutico, si è osservato un incremento della spesa nel periodo 2000-2006 pari al 53,4% (incremento medio in Italia: 33,8%) che ha portato la quota di spesa farmaceutica lorda a carico del Servizio sanitario regionale al 18% della spesa totale (valore più elevato a livello nazionale). Si pone un problema, oltre che di contenimento della spesa, di appropriatezza della prescrizione e di sovraesposizione della popolazione.

Il quadro finanziario è caratterizzato da un debito cumulato e per il cui rientro è stato elaborato uno specifico Piano (D.G.R. n. 149 del 6 marzo 2007), che prevede azioni di ripiano concordate con il Ministero dell'Economia e delle Finanze.

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 intempestività nella risposta.

La finitezza delle risorse, 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. Si ritiene strategico perseguire l'integrazione delle politiche sanitarie con le politiche del settore sociale in senso ampio, creando alleanze e progettualità condivisa con settori dell'amministrazione regionale e degli Enti locali quali il sociale, l'ambiente, la cultura, le politiche abitative e l'istruzione, la viabilità e i trasporti, il lavoro e le attività produttive, nonché con il privato sociale e le comunità locali, nell'ottica di interventi intersettoriali.

Infine è necessario introdurre organici sistemi di valutazione e momenti di verifica del Servizio sanitario regionale, al fine di favorire il processo continuo di miglioramento della qualità.

Si tratta quindi di adottare una nuova modalità di pensare all'organizzazione, in cui la valutazione rappresenta un anello importante della catena decisionale, da adottare nella pratica corrente ad ogni livello, organizzata in modo sistematico e con strumenti condivisi.

La valutazione dovrebbe riguardare le diverse dimensioni dell'offerta dei servizi, mediante l'utilizzo di indicatori di qualità, di processo e di esito, relativi agli aspetti sia clinici che organizzativi.

L'adozione di sistemi di valutazione permette inoltre di strutturare sistemi premianti incentivanti l'impegno e la buona pratica professionale.

## 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. 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 nella Parte IV e sono di seguito elencati.

- **L'accreditamento.** È lo strumento fondamentale con cui il committente tutela i cittadini nel loro rapporto con i servizi sanitari. La definizione e l'uso di modelli di accreditamento rigorosi è cruciale. Le indicazioni del presente Piano promuovono due elementi sostanziali: l'inclusione della capacità di integrazione degli erogatori con altri servizi e l'accreditamento per funzioni specifiche o di profili di cura.
- **La politica delle tariffe.** È un elemento di grande impatto sull'erogazione delle prestazioni. 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.
- **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 riordino istituzionale.** L'evoluzione scientifica, tecnologica e delle esperienze organizzative, nonché il mutare dei bisogni assistenziali, impongono che le istituzioni siano in grado di seguire le dinamiche di trasformazione e offrano opportunità di assistenza moderna ai cittadini, evolvendo verso forme più efficienti e al contempo più accessibili di organizzazione. Vengono in questo ambito esaminati le potenzialità e i possibili percorsi per un riordino istituzionale. Il Piano fornisce indicazioni per le possibili trasformazioni.
- **La concertazione tra organismi interni al sistema di programmazione.** Per garantire unitarietà all'azione programmatoria e favorire l'approccio multisettoriale e la continuità degli indirizzi di politica sanitaria è necessario un coordinamento delle attività di pianificazione non solo tra istituzioni diverse ma anche tra organismi e articolazioni dello stesso ambito istituzionale (Direzioni degli Assessorati, Laziosanità-Agenzia di Sanità Pubblica, Aziende sanitarie ecc.).
- **La partecipazione dei cittadini.** Strategie di empowerment del cittadino, forme efficaci di partecipazione alla valutazione, all'indirizzo e alla gestione della sanità, l'uso del Bilancio sociale per fornire alla collettività le informazioni adeguate per una valutazione complessiva degli obiettivi, dell'uso delle risorse e dei risultati



conseguiti dalla sanità regionale e locale sono altrettanti strumenti strategici per un migliore governo della salute.

- **Lo sviluppo della ricerca all'interno del Servizio sanitario.** Il rilancio della ricerca, come strumento di acquisizione di conoscenze scientifiche costruite nel contesto regionale, ma anche come crescita scientifico-culturale degli operatori è un preciso indirizzo del Piano. 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'accurata definizione dei bisogni informativi.** Nonostante i notevoli progressi degli ultimi anni, non è mai stata ottimale l'informazione per il governo della sanità. Lo sviluppo delle attività di ricerca epidemiologica è uno strumento chiave per ottenere informazioni utili per le decisioni di sanità pubblica. Strumenti altrettanto strategici sono l'avvio e la promozione di processi di *technology assessment* per guidare l'acquisizione delle tecnologie in sanità.
- **L'attenzione e la giusta collocazione dell'apporto delle Associazioni dei cittadini.**
- **L'impegno centrale 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.
- **Un uso razionale e produttivo della formazione.** Si tratta di correggere alcune distorsioni dei piani formativi, in parte generate dalla necessità di acquisire crediti. Il Piano disegna un tentativo di recupero di questa attività nella direzione della professionalizzazione vera delle figure sanitarie, privilegiando esperienze di apprendimento sul campo e definendo esigenze precise in alcuni ambiti.
- **Indirizzi per il governo clinico, modalità d'uso delle linee guida, valutazione di esito** come strumenti per le decisioni. Il Piano indirizza l'uso di queste metodologie che rappresentano fondamentali risorse per il governo e il controllo delle attività sanitarie.
- **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.
- **Le strategie per il monitoraggio e il controllo della spesa farmaceutica.** In questo ambito occorre fare rapidi avanzamenti. 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.

### **3.b Riequilibrio ospedale-territorio, centralità del Distretto, sviluppo delle cure intermedie**

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 trasformazione dei bisogni di salute con la maggior importanza assunta dall'assistenza continuativa alle persone, la necessità di spostare pezzi dell'assistenza fuori dall'ospedale 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, elaborato in base all'accordo ai sensi dell'art. 1 della L. 30 dicembre 2004, n. 311, prevede interventi di riduzione dell'offerta ospedaliera sia nelle strutture di ricovero pubbliche che in quelle private.

Il Piano di "Riqualificazione della rete ospedaliera e potenziamento dell'offerta territoriale nella Regione Lazio" redatto da Laziosanità - Agenzia di Sanità Pubblica e collegato al presente Piano, definisce per aree territoriali le manovre di riconversione di parte del sistema ospedaliero in strutture dedicate alle cure intermedie, 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.

Gli obiettivi e le azioni previste nel presente documento di programmazione sono indirizzati a intervenire sia sul versante ospedaliero che territoriale al fine di consentire al sistema sanitario di far fronte ai cambiamenti prospettati.

I servizi territoriali andranno supportati lungo il percorso di cambiamento e dovrà essere favorita l'acquisizione di sempre più cogenti capacità di governo e di presa in carico.

Il Distretto dovrà assumere il pieno governo del settore delle cure intermedie, attivando i setting 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 e dall'operare non gerarchico dei singoli professionisti, in un piano di pari dignità. 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 presuppone 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.

### 3.d Prevenzione e promozione della salute

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. Diventa strategica in questo contesto la realizzazione di una politica intersettoriale. Un esempio di questa strategia è il programma "Guadagnare salute" che viene assunto come guida per la pianificazione delle azioni di promozione della salute da parte del SSR per la durata del presente piano.

In questo senso grandi responsabilità hanno anche i Sindaci, come massime autorità sanitarie locali, che possono incidere in maniera sostanziale per la garanzia della salute dei propri cittadini, e la scuola, come luogo per la promozione della salute. 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.

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.

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.

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.

È indispensabile uscire dall'improvvisazione che continua a caratterizzare gli interventi di promozione della salute ed è essenziale che gli operatori sanitari adottino modelli validati.

Gli interventi diretti alla popolazione generale, a causa delle esigue prove sulla loro efficacia, devono essere limitati e l'eventuale implementazione deve basarsi su un'attenta definizione delle priorità, misurate anche attraverso il grado di complessità del messaggio da trasmettere; il ruolo del SSR è cruciale per la scelta dei messaggi da promuovere e degli opinion leader che possano veicolare con efficacia i messaggi selezionati.

Per gli interventi diretti alle comunità più circoscritte (scuola, luoghi di lavoro, altri sottogruppi di popolazione) occorre orientarsi verso modelli di sviluppo di capacità individuali e comunque concepire sempre la promozione della salute come la risultante di azioni educative, di modifica ambientale e del contesto, di regolamentazione, utilizzando adeguatamente i fattori predisponenti, facilitanti e di rinforzo, come raccomandato dalle più accreditate teorie sull'efficacia della promozione della salute.

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.

## 4. 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 malattie e nella mortalità che 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. La proporzione di fumatori tra gli adulti con basso livello di istruzione è inoltre risultata maggiore rispetto alle persone con livelli più elevati di istruzione.

Le persone disagiate sono più vulnerabili all'esposizione ai fattori ambientali. Ad esempio, nelle persone di classe sociale bassa è stato evidenziato un eccesso di mortalità nei giorni in cui l'inquinamento atmosferico è alto; e nelle persone anziane, sole e di classe sociale bassa, un eccesso di mortalità durante le ondate di calore.

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. La probabilità di essere affetti da malattie croniche dell'apparato respiratorio, quali asma bronchiale, rinite allergica e bronchite cronica è risultata maggiore nei bambini di famiglie socialmente svantaggiate.

Nelle classi più disagiate della popolazione adulta è stata osservata una maggiore frequenza 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 alle cure, 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, con conseguente maggior rischio di ricorso all'assistenza ospedaliera; dal ricovero in UTIC se

affetti da infarto miocardico, al ricevere interventi di rivascolarizzazione, sia chirurgici che per via percutanea, per la cura della cardiopatia ischemica; dalla colecistectomia per via endoscopica per calcolosi biliare rispetto alla procedura laparotomica più invasiva, alla sostituzione protesica dell'anca, benché l'artrosi affligga con maggior frequenza le persone più svantaggiate.

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. È stata anche descritta una maggiore vulnerabilità a trattamenti a elevato rischio di inappropriately: la probabilità di partorire con un taglio cesareo o di subire un intervento di isterectomia per un leiomioma è risultata maggiore nelle donne meno istruite.

Nell'ambito della tutela materno-infantile è stato evidenziato che l'allattamento al seno – pratica ritenuta importante ed efficace per garantire un sano sviluppo del neonato e una buona salute futura – è meno diffuso tra le persone meno istruite.

Anche l'esito delle cure è influenzato dallo stato socioeconomico: il rischio di mortalità per interventi chirurgici elettivi di cardiocirurgia (bypass aortocoronarico, sostituzione valvolare) e di complicanze post-chirurgiche (infezioni, ulcere da decubito) è risultato maggiore nei poveri.

Infine, è stato evidenziato come l'assistenza ospedaliera offerta alle persone di bassa classe sociale determini, a parità di motivo del ricovero, una degenza più lunga e un maggiore assorbimento di risorse, a causa della presenza di patologie concomitanti e della maggiore gravità.

### **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; di verificare che qualsiasi programma sanitario non si realizzi, in nome dell'efficienza, a scapito dell'equità. Pochi studi hanno valutato sinora l'impatto delle politiche di contrasto alle disuguaglianze. In questo quadro, il SSR assumerà un ruolo di *advocacy*, di responsabilità e di intervento attivo per promuovere l'equità nella salute.

### *Gli stili di vita*

Una delle strategie indicate dall'OMS – che ha stabilito l'obiettivo di ridurre entro il 2020 il divario di salute tra livelli socioeconomici di almeno un quarto in tutti gli stati – è quella di intervenire per trasformare gli stili di vita. Anche se interventi di prevenzione primaria e secondaria di comunità tendono ad aumentare le disuguaglianze – perché risultano essere più efficaci nei gruppi benestanti –, riuscire a modificare gli stili di vita nella popolazione più svantaggiata rimane 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. Si devono dunque prevedere interventi attivi volti sia alla cessazione sia alla prevenzione del fumo (nelle scuole) che siano orientati verso i gruppi sociali più deboli. 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, considerando in primis i MMG e i servizi di Assistenza domiciliare integrata (ADI), 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. Andrà esercitata la massima vigilanza e dovranno essere definiti strumenti di controllo e monitoraggio da parte delle Aziende sanitarie per evitare che le prestazioni erogate in regime di intramoenia non agiscano da moltiplicatore di disuguaglianze relativamente alle liste di attesa e all'efficacia e all'appropriatezza delle prestazioni, a danno delle persone meno abbienti.

#### *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 nei criteri di allocazione delle risorse. Un simile approccio potrebbe essere adottato anche per la remunerazione dei MMG, considerando anche la quota di lavoro dedicata alle persone di condizione socioeconomica svantaggiata. Un esempio potrebbe essere quello di tarare il numero massimo di assistiti per MMG rispetto alla prevalenza di anziani e di poveri. 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. Le statistiche di salute per livello socioeconomico hanno un grande rilievo per



contribuire a individuare le politiche, nazionali e locali, per la migliore allocazione delle risorse sulla base dei reali bisogni della popolazione.

Programmi di formazione del personale sociosanitario sul tema delle disuguaglianze e campagne di informazione e sensibilizzazione sui rischi per la salute correlati allo svantaggio sociale rivolte alla popolazione saranno organizzati per promuovere l'equità nella salute e il ruolo di *advocacy* del SSR.

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 di cura che ai modelli organizzativi.

La strategia delineata consiste nello sviluppo di un approccio pluridimensionale, caratterizzato da un lato dallo spostamento dell'erogazione di parte delle prestazioni sanitarie dall'ospedale al territorio, dall'altra dall'implementazione di percorsi assistenziali che vedono l'ospedale come garante dell'erogazione di prestazioni complesse e di alto livello tecnologico, e dall'altra ancora dall'espansione di sistemi operativi a elevata relazionalità (reti), operanti a diversi livelli e centrati sui problemi di salute del cittadino piuttosto che sui singoli settori che di volta in volta erogano le specifiche prestazioni. La separazione amministrativa fra assistenza ospedaliera e territoriale e il simultaneo potenziamento dell'area dell'integrazione fra ospedale e territorio sono passaggi centrali di questa strategia.

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, anche mediante il rafforzamento del sistema delle cure intermedie. In questo senso la riduzione di posti letto per acuti si colloca come strumento imprescindibile per poter rendere fruibili risorse da destinarsi allo sviluppo e alla capillarizzazione dei servizi territoriali. Per alcuni degli obiettivi di salute, come ad esempio le demenze, i servizi territoriali rappresentano infatti l'unico polo assistenziale per una svariata gamma di bisogni, alcuni dei quali a forte impronta sociale e di supporto alla famiglia; per altri, come le malattie cardiovascolari, i servizi costituiscono un'opportunità insostituibile per la gestione della cronicità e il controllo dei fattori di rischio.

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 di cura. 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 cardiologica, cardiocirurgica e Stroke unit, da una parte, e unità di cura con UTIC e PS 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. Infine la multidisciplinarietà e la qualificazione del personale, con compensazione delle disomogeneità ancora presenti nella formazione e nelle abilità, anche per quanto riguarda l'aggiornamento, rappresentano elementi cardine per la realizzazione di un linguaggio comune degli operatori sanitari e il consolidamento delle buone pratiche assistenziali.

## 2. Malattie cardiovascolari

### Epidemiologia

La patologia cardiovascolare, associata all'invecchiamento, a fattori di rischio ambientali e comportamentali (inquinamento, fumo, dieta, attività fisica) e all'evoluzione di condizioni come l'ipertensione arteriosa e di malattie come il diabete, si manifesta sia con eventi acuti (sindrome coronarica acuta, ictus ecc.), sia con la comparsa e l'aggravamento di condizioni croniche (valvulopatie, scompenso cardiaco).

Le malattie del sistema circolatorio rappresentano la principale causa di morte nel nostro paese, essendo responsabili di più del 40% di tutti i decessi.

L'IMA 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 elevazione 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 rivascolarizzazione. Le SCA producono ogni anno circa 16.500 ricoveri ospedalieri per acuti in regime ordinario e circa 6.800 decessi. Il genere femminile è un fattore di rischio per la letalità delle SCA. Eccessi di mortalità per SCA si osservano, dopo standardizzazione per età, tra i residenti della ASL RMB e della provincia di Rieti.

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 (il 7% delle donne e il 5% degli uomini). Sono circa 22.000 ogni anno gli episodi di ricovero ordinario in cui lo SC è indicato come diagnosi principale (solo in 18 casi l'intervento principale è il trapianto di cuore), mentre in altri 30.000 la stessa patologia è indicata come diagnosi secondaria. La mortalità riguarda quasi esclusivamente le persone sopra i 65 anni e, tra queste, cresce esponenzialmente al crescere dell'età. Complessivamente sono circa 3.000 all'anno i decessi attribuiti a questa causa.

Secondo i dati del Framingham Study (40 anni di follow-up in una coorte di individui di età 45-94 anni), solo il 25% tra gli uomini e il 38% tra le donne sopravvivono a 5 anni. 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; tra queste 3 UTIC sono in strutture senza servizio di emergenza. I trasferimenti dei pazienti critici presso centri specialistici avvengono secondo la logica della rete per le emergenze generali e non esistono interventi volti alla prevenzione e alla continuità delle cure.

Negli anni scorsi, a livello regionale, sono stati prodotti i Percorsi clinico-assistenziali per la gestione delle Sindromi coronariche acute nella rete dell'Emergenza (PCAE SCA) ed è stato condotto uno studio pilota per valutarne la fattibilità nella pratica corrente degli operatori sanitari dell'Emergenza (Sistema 118 e Pronto soccorso). I risultati dello studio pilota hanno evidenziato che laddove sono state applicate le raccomandazioni previste dal PCAE SCA il paziente con infarto acuto ha ricevuto tempestivamente il trattamento ripercussivo presso la struttura adeguata.

Per quanto riguarda la prevenzione, nell'ambito dei progetti di prevenzione attiva nazionale 2005-2007, proposti dal Centro di controllo delle malattie del Ministero della Salute, il Lazio nel 2006 ha predisposto due piani, che mirano l'uno alla prevenzione del primo evento di IMA incentivando l'uso della carta del rischio tra i medici di medicina generale, e l'altro alla prevenzione delle recidive degli accidenti cardiovascolari acuti, attraverso la promozione di interventi di integrazione tra cure ospedaliere e territoriali (reparti per acuti, MMG, ambulatori specialistici e reparti di riabilitazione cardiologica).

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 l'incidenza di eventi ischemici coronarici e di scompenso cardiaco;
- ridurre e controllare nella popolazione i fattori di rischio per malattie cardiovascolari;
- ridurre 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. Gli interventi multidisciplinari mirati a gruppi di popolazione a rischio sono quelli che hanno dimostrato l'efficacia maggiore;

- 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 educazione sanitaria rivolti ai pazienti con SCA/scompenso cardiaco e ai loro familiari con il coinvolgimento dei MMG, finalizzati alla conoscenza della natura della malattia, al riconoscimento dei sintomi e alle azioni da intraprendere al momento della loro comparsa (assumere aspirina, accedere al servizio di emergenza ecc.), 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.

### Azioni

- Sviluppare una rete di emergenza cardiologica per il trattamento delle SCA, secondo il modello hub and spoke, che prevede la concentrazione della produzione dell'assistenza di maggiore complessità in centri di eccellenza (hub) e la selezione e l'invio dei pazienti da centri periferici funzionalmente sotto-ordinati (spoke) al centro di riferimento quando la soglia di complessità degli interventi previsti nelle sedi periferiche viene superata. 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 nella D.G.R. 420/07;
- 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);
- promuovere corsi di formazione per il personale specializzato nell'area dell'emergenza cardiologica;
- 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;
- 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 sanitaria di base (MMG e specialisti ambulatoriali) perché essa diventi il principale livello di assistenza per lo scompenso cardiaco cronico;
- promuovere e realizzare studi di valutazione di esito dell'assistenza sanitaria, anche utilizzando i dati dei sistemi informativi correnti.

### 3. Malattie cerebrovascolari

#### Epidemiologia

L'occorrenza di eventi cerebrovascolari acuti (ictus emorragico, ictus ischemico e vasculopatie cerebrali maldefinite) è fortemente associata all'età. 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. L'incidenza grezza è uguale nei due generi, anche se a parità di età i maschi sono più colpiti (rapporto M/F = 1,5). La mortalità preospedaliera incide in misura minore rispetto all'infarto, così che si osservano ogni anno più di 9.000 ricoveri ordinari per acuti con questa diagnosi principale. Più incerta, a causa delle diverse definizioni di caso utilizzate nelle indagini realizzate in Italia, è la quantificazione dei casi prevalenti, che oscilla tra 30.000 e 45.000. Questa popolazione si caratterizza per un rilevante ricorso alle cure riabilitative in fase post-acuzie e alla lungodegenza medica: complessivamente 2.350 episodi di ricovero ogni anno, per un valore economico di 38 milioni di euro. 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.

L'ictus cerebrale è la seconda causa di morte nel mondo, la terza nei paesi industrializzati. L'80% dei casi è di natura ischemica, di questi il 10% muore entro i primi 30 giorni dall'evento e chi sopravvive è destinato alla dipendenza per disabilità nel 50% dei casi. 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%. Riguardo alle conseguenze invalidanti dell'ictus, secondo dati recenti di letteratura, un terzo dei soggetti presenta ad un anno dall'evento acuto un grado di disabilità elevato (SPREAD, 2005) 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).

Nel 2005 il tasso grezzo di ospedalizzazione per i residenti con MCV di età > 17 anni è risultato essere mediamente del 5,7 per 1.000 residenti, mentre per l'ictus acuto il tasso medio è risultato pari a 2,1.

Nello stesso anno il tasso grezzo di accesso in PS per MCV è risultato pari al 4,4 per 1.000 abitanti, per gli ictus acuti in media pari all'1,4 per 1.000 residenti.

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, nell'ambito dello studio multicentrico SITS-MOST, di cui 4 riconosciuti formalmente anche come UTN). 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, soprattutto se vista in un'ottica di integrazione sociosanitaria. Iniziative regionali già intraprese e attualmente in corso riguardano: l'attività di sorveglianza degli eventi acuti di ictus, basata sulla registrazione sistematica delle informazioni cliniche dei casi che accedono in tutti i PS mediante una scheda specialistica integrata alla cartella clinica informatizzata di PS (GIPSE); la formazione continua del personale di PS alla gestione del paziente con ictus acuto; la produzione e la diffusione di un percorso clinico-assistenziale per la gestione del paziente con ictus acuto in emergenza (PCAE ictus), la cui efficacia è stata dimostrata nell'aumentare il riconoscimento precoce dei pazienti con ictus e il trattamento appropriato e tempestivo presso la struttura idonea (UTN). Inoltre il Lazio, nell'ambito del progetto di ricerca finalizzata ex art. 12 "Come garantire

l'applicazione degli interventi efficaci nell'assistenza allo *stroke*, ha definito e validato un set di indicatori di struttura e di processo sul modello dell'audit inglese<sup>1</sup>, da utilizzare presso le strutture e i servizi della regione.

Infine, nell'ambito dei piani di prevenzione attiva del CCM, la Regione ha definito un Piano per la prevenzione delle recidive degli accidenti cerebrovascolari con interventi per il potenziamento della sorveglianza degli eventi acuti di ictus e per favorire l'integrazione tra ospedale e territorio, a garanzia della continuità delle cure. Le ASL/AO sono tenute a partecipare predisponendo un piano attuativo locale per il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano di prevenzione regionale.

### Obiettivi

In base ai dati presentati e alle iniziative già in essere nella regione, 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 anche mediante il controllo dei fattori di rischio; 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.

### 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;
- diffusione del PCAE ictus 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) ed estensiva attraverso percorsi preferenziali concordati tra reparti per acuti, di riabilitazione e 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.

---

<sup>1</sup> Royal College of Physicians. *National Sentinel Stroke Audit Report 2004*. London: RCP, 2005.



## Indicatori

- Proporzione di ASL/AO che registrano sistematicamente i casi di ictus mediante la scheda specialistica di PS;
- proporzione 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;
- proporzione di ASL/AO che attivano eventi formativi per la diffusione dei PCAE ictus tra gli operatori sanitari;
- proporzione 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

Nel Lazio non sono disponibili a livello regionale dati di incidenza, prevalenza e sopravvivenza delle patologie tumorali (solo l'area della provincia di Latina è coperta da un registro tumori); tali informazioni devono quindi essere stimate sulla base dei dati di mortalità, del numero di ricoveri e di estrapolazioni da altri registri tumori.

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%).

### 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, valutare l'estensione della popolazione sorvegliata, mettere in rete le anatomie patologiche della regione.

### 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 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.

Il coordinamento della rete sarà garantito dall'ASP con il supporto tecnico-scientifico dell'IRCCS Istituto nazionale tumori Regina Elena e le competenze specifiche di un apposito organo composto da professionisti qualificati, identificati dai dipartimenti oncologici e dai centri di alta specialità. La Rete oncologica della Regione Lazio andrà successivamente a integrarsi con le reti delle altre regioni (vedi il modello di rete all'Allegato E).

### **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;
- 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 ecc.;
- 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.

### **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*: creazione di gruppi di lavoro e definizione della Rete oncologica; presentazione e discussione con gli stakeholder (società scientifiche, associazioni di pazienti, ASL, Aziende ospedaliere, soggetti erogatori privati); ridefinizione del modello;

- *percorso legislativo*: emanazione di Linee guida per l'organizzazione dei Dipartimenti oncologici da parte dell'ASP; definizione dei Piani di Dipartimento da parte delle ASL e AO coinvolte; emanazione di normativa attuativa dei Dipartimenti oncologici interaziendali nelle ASL e nelle AO;
- *implementazione*: messa in funzione dei Dipartimenti oncologici e delle équipe di Dipartimento;
- *creazione* della rete delle anatomie patologiche;
- *creazione* del sistema informativo della rete.

## PREVENZIONE PRIMARIA

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

È necessario un cambiamento culturale nel Servizio sanitario che faccia entrare la prevenzione primaria fra le priorità che guidano l'agire quotidiano degli operatori.

Il Piano nazionale per la prevenzione 2005-2007 contiene alcune iniziative di contrasto a fattori di rischio comportamentali (alimentazione, fumo e abuso di bevande alcoliche) e di promozione di fattori di protezione (alimentazione e attività fisica) che, anche se non specificatamente e dichiaratamente attivate per la prevenzione dei tumori, certamente rappresentano un importante contributo in questo ambito.

La Commissione oncologica nazionale, istituita dal Ministero della Salute, nel documento prodotto per la stesura del Piano oncologico nazionale (pubblicato nell'ottobre del 2006), individua sei ambiti di azione per ridurre l'incidenza dei tumori: fumo di tabacco, alimentazione e attività fisica, alcol, agenti infettivi, ambiente di lavoro, ambiente di vita.

Le attività di contrasto dei fattori di rischio sono guidate dai piani di prevenzione attiva del Ministero della Salute che prevedono una serie di interventi di comprovata 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;
- ridurre il numero di nuovi fumatori fra gli adolescenti;
- promuovere una corretta alimentazione;
- promuovere ambienti di vita e di lavoro salubri.

### 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.

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

### Vaccino anti-HPV

È stato autorizzato in Europa il vaccino anti-HPV tipi 16 e 18. Questo vaccino è in grado di prevenire la causa necessaria di almeno il 70% dei cancri della cervice uterina. La Regione Lazio si impegna a implementare le campagne vaccinali che verranno proposte dal Ministero della Salute, in particolare per la vaccinazione di massa delle adolescenti.

Dovranno inoltre essere sperimentati modelli organizzativi diversi per la somministrazione del vaccino alle donne escluse dalla vaccinazione di massa e per l'integrazione fra vaccinazione e screening della cervice uterina.

### Obiettivi

- Ottenere un'alta copertura vaccinale nella coorte delle adolescenti;
- integrare le attività vaccinali con quelle di screening per il cancro della cervice uterina e di educazione sanitaria e alla sessualità responsabile.

### Azioni

- Riattivare nei Servizi che erogano le vaccinazioni per l'infanzia la macchina organizzativa che ha gestito la campagna vaccinale contro l'epatite B negli adolescenti:
  - acquisizione delle anagrafiche;
  - spedizione di inviti postali a tutti i genitori di adolescenti residenti;
  - coinvolgimento delle scuole;
  - campagne informative;
- creazione di un sistema informativo in grado di raccogliere le informazioni sulle donne residenti vaccinate e di trasmetterle ai sistemi gestionali dei programmi di screening.

### 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. La maggior parte dei casi si verifica sopra i 55 anni. 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 (l'estensione dei programmi è del 50%, 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. Le criticità emerse dallo studio pilota obbligano ad una riconsiderazione dei modelli organizzativi.

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, due esempi su tutti: il ricorso al pap-test annuale anziché triennale e la larghissima diffusione del test del PSA in assenza di protocolli di comprovata efficacia per il suo uso in prevenzione.

### 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 (AIRT) per gli anni 1990-2003. Negli anni scorsi il registro non è stato in grado di svolgere la mole di lavoro richiesta per l'attività di registrazione, e l'abbassamento dei parametri di qualità ne ha decretato la perdita dell'accreditamento da parte della IARC.

La ASL di Latina ha intensificato gli sforzi per la ripresa delle registrazioni, destinando parte delle risorse necessarie al pieno svolgimento delle attività. Gli indicatori di qualità della registrazione si sono ora avvicinati agli standard auspicati dalla IARC.

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.

##### **Obiettivi**

- Accredimento presso la IARC;
- estensione del registro;
- 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. Secondo l'indagine Multiscopo ISTAT sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" (anno 2005), la prevalenza del diabete noto nel Lazio è del 4,8% (4,5% in Italia); proiettando tale stima alla popolazione residente nella regione al 1 gennaio 2005, il numero dei diabetici ammonterebbe ad una quota pari a circa 260.000. Lo studio "Qualità dell'Assistenza alle persone Diabetiche nelle Regioni Italiane" (QuADRI), effettuato nell'anno 2004 tramite intervista ad un campione casuale di diabetici di 18-64 anni, ha evidenziato che nella regione il 37% dei diabetici soffre di almeno una complicanza, con valori significativamente più alti di quelli medi nazionali; il 35% è fumatore e il 78% presenta almeno un fattore di rischio tra ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia e obesità.

Dal Registro dialisi regionale emerge come sia tra i casi prevalenti che tra quelli incidenti sia aumentata, negli ultimi anni, la quota di soggetti con nefropatia diabetica (14% tra i prevalenti; 21% tra gli incidenti, dati 2005).

Relativamente agli aspetti assistenziali, sempre 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: negli ultimi 12 mesi quasi il 71% non è stato sottoposto ad un esame accurato del piede, oltre il 41% non ha eseguito un esame del fondo oculare e il 38% non ha effettuato un dosaggio dell'albumina nelle urine; il 31% riferisce di non conoscere il test dell'emoglobina glicosilata e, in ogni caso, una quota elevata non ha effettuato questo esame nei tempi ritenuti accettabili.

In un'analisi condotta nel 2005 il tasso di ospedalizzazione per DM in diagnosi principale (codici ICD-9-CM 250, 366.41, 362.0, 357.2) – riferito ai ricoveri ordinari per acuti erogati nel Lazio a residenti, a carico del SSN – è risultato pari a 10 per 10.000. Tale valore, tuttavia, sottostima il carico dei ricoveri collegati al diabete, sia per possibili errori di codifica, sia per la non considerazione di condizioni cliniche correlate; dai dati del SIO risultano infatti 55.714 dimissioni di diabetici per tutte le cause, delle quali 5.358 attribuibili al DM e 11.896 a patologie correlate di tipo cardiocerebrovascolare.

Nell'ambito dell'appropriatezza organizzativa relativamente all'attività ospedaliera, il Sistema regionale dei controlli esterni ha evidenziato un grado di inappropriatazza – tramite valutazione analitica delle cartelle cliniche secondo i criteri del PRUO (Protocollo di revisione dell'utilizzo dell'ospedale) – pari al 43% per gli anni 2001-2002. Dall'anno 2003 il DRG 294 viene controllato tramite il metodo APPRO, nell'ambito dell'individuazione delle soglie regionali di ammissibilità DRG-specifiche; la valutazione effettuata con questo metodo, che si basa sui dati amministrativi delle Schede di dimissione ospedaliera, ha evidenziato, per il 2006, una percentuale di ricoveri ordinari inappropriati pari al 47,3%. Infine, valutazioni effettuate per gli anni 2002-2005, con diversi metodi, sui ricoveri erogati in DH afferenti al DRG 294 hanno evidenziato percentuali importanti di inappropriatazza dei singoli accessi, sempre superiori al 40%.

Riguardo all'offerta assistenziale, nell'ambito dell'attività svolta dal Gruppo regionale diabete nell'anno 2006, un censimento delle strutture diabetologiche regionali ha rilevato una sufficiente distribuzione territoriale delle strutture, che tuttavia risultano disomogenee rispetto ai parametri strutturali e organizzativi di riferimento. A questo proposito va osservato, ad esempio, che i tassi standardizzati di ospedalizzazione per DM nella provincia di Latina sono doppi

rispetto a quelli della provincia di Viterbo. Elementi di particolare criticità riguardano l'assenza di specifiche figure professionali previste nell'ambito del team multidisciplinare e l'accessibilità ai servizi.

Alla luce degli elementi riportati, il Lazio, nell'ambito della programmazione regionale per il prossimo triennio, intende sviluppare, con il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati alla tematica, un Piano specifico per il diabete, coerente con i modelli clinico-gestionali più accreditati dalle evidenze scientifiche, sulla base degli obiettivi e delle azioni di seguito indicati. In riferimento al monitoraggio delle attività previste vengono riportati i principali ambiti di valutazione, all'interno dei quali costruire specifici indicatori.

### **Obiettivo**

Migliorare le conoscenze sulla patologia diabetica, sui servizi a questa collegati, sugli esiti dell'assistenza.

### **Azioni**

Predisporre un rapporto regionale annuale sul diabete che ricomprenda, sistematizzandoli, tutti i dati disponibili a livello regionale, a partire dai sistemi informativi correnti. Implementare l'informatizzazione dei dati relativi ai soggetti con esenzione per patologia diabetica e i dati dei soggetti cui sono erogati presidi per l'autocontrollo glicemico e il trattamento insulinico. Aggiornare il censimento delle strutture diabetologiche regionali e la loro caratterizzazione sulla base dei criteri organizzativi e strutturali di riferimento. Individuare un set di indicatori di struttura, di processo e di esito e avviarne preliminari applicazioni.

### **Obiettivo**

Promuovere la prevenzione primaria e la diagnosi precoce del diabete.

### **Azioni**

Attivare interventi di sensibilizzazione e formazione degli operatori sanitari, a partire dai MMG, per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce, con particolare riferimento ai soggetti ad alto rischio. Attivare, a livello aziendale, iniziative volte all'implementazione di stili di vita per la salute, con il coinvolgimento dei Dipartimenti di prevenzione. Promuovere, a livello dei Distretti sanitari, campagne di sensibilizzazione e informazione per specifiche fasce di popolazione.

### **Indicatori**

Proporzione di MMG partecipanti alla formazione. Numero di campagne di sensibilizzazione attivate a livello distrettuale.

### **Obiettivo**

Promuovere la qualità dell'assistenza nella gestione del diabete relativamente alle diverse componenti coinvolte nel determinismo degli esiti di salute e nella razionalizzazione dell'uso delle risorse. A questo obiettivo fanno riferimento numerose azioni, di seguito elencate.

### **Azioni**

Programmare e avviare la riorganizzazione territoriale della rete assistenziale diabetologica, al fine di garantire piena accessibilità all'utente e adeguati livelli qualitativi di natura strutturale, tecnologica e organizzativa dei servizi. Uniformare su standard condivisi la qualità dei servizi erogati, evitando sperequazioni nell'accesso alle cure.



### **Indicatori**

Numero di progetti aziendali indicanti strumenti e azioni finalizzati all'adeguamento dei servizi diabetologici.

### **Azioni**

Definire linee di indirizzo relativamente all'appropriatezza d'uso dei diversi ambiti assistenziali, nella gestione della patologia diabetica, in coerenza con la normativa vigente.

### **Indicatori**

Aumento delle prestazioni erogate dal day service. Riduzione dei ricoveri impropri riferibili all'area diabetologica.

### **Azioni**

Definire, a livello regionale, il profilo assistenziale clinico-organizzativo per il paziente diabetico, dalle fasi di diagnosi e inquadramento a quelle del monitoraggio e trattamento in assenza di complicanze, nonché alla gestione delle complicanze croniche, nell'ottica della presa in carico globale dei bisogni del paziente, della promozione del suo coinvolgimento attivo e consapevole nella gestione della malattia, della continuità assistenziale e della gestione integrata. Nell'ambito di tale attività sono ricomprese alcune sperimentazioni, in corso di avvio, relative alla prevenzione delle amputazioni e della cecità. Nell'attività è ricompresa la definizione del profilo assistenziale delle donne con diabete gestazionale e l'attività assistenziale rivolta alle donne diabetiche in gravidanza.

### **Indicatori**

Indicatori di processo e di esito relativi all'appropriatezza delle prescrizioni di prestazioni sanitarie (farmaci, visite, esami di laboratorio) e all'utilizzo dei diversi regimi assistenziali (ospedale, servizi ambulatoriali, centri diabetologici) a partire dai dati dei sistemi informativi correnti.

### **Azioni**

Sperimentare un modello di gestione integrata per la malattia diabetica tra MMG e centri diabetologici, definendo destinatari, percorsi assistenziali, strumenti collegati, sistema di monitoraggio e valutazione.

### **Indicatori**

Verifica degli indicatori previsti nella D.G.R. n. 729 del 4 agosto 2005.

### **Obiettivo**

Definire i criteri e omogeneizzare le procedure per l'erogazione dei presidi sanitari ai soggetti diabetici a livello regionale, nell'ambito dell'assistenza sanitaria integrativa e protesica.

### **Azioni**

Identificazione delle criticità e delle motivazioni dei diversi approcci. Stesura di specifiche linee di indirizzo e loro condivisione con i soggetti coinvolti.

## 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. Mediamente ogni anno il 17% dei maschi e il 12% delle femmine affetti da BPCO vengono ricoverati in ospedale. La BPCO viene indicata abbastanza infrequentemente come causa principale di morte (1.400 decessi ogni anno, uno ogni 160 casi prevalenti), ma ha un ruolo importante come causa concorrente di decessi attribuiti ad altre cause, specie cardiovascolari.

L'asma bronchiale è una malattia infiammatoria cronica delle vie aeree che causa attacchi ricorrenti di sibili, dispnea, difficoltà di respiro e tosse, e aumenta l'iperreattività bronchiale agli stimoli esterni. L'asma è agevolmente ed 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, con prevalenza del 2-2,5% sotto i 15 anni e valori in crescita a partire dai 55 anni. L'asma è indicato come diagnosi principale in 1.283 ricoveri di persone al di sotto dei 15 anni e in 881 ricoveri di persone sopra i 15 anni. Si evidenzia un maggior ricorso all'ospedalizzazione per asma pediatrico nelle ASL RMG, RMH e Frosinone.

Ogni anno nel Lazio si stimano circa 7.600 episodi di polmoniti di comunità (escluse quindi le riacutizzazioni di BPCO e le polmoniti ospedaliere) 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.

Le malattie dell'apparato respiratorio rappresentano anche una delle più importanti cause di morte in Italia insieme alle malattie cardiovascolari, i tumori e i disturbi circolatori dell'encefalo. Il numero assoluto di decessi nel Lazio è pari a 2.961 (dati ReNCaM 2005), mentre il tasso di mortalità per 10.000 abitanti è pari a 5,6.

In uno studio condotto nel 2005 nel Lazio<sup>2</sup> è emerso che sono stati dimessi per patologie dell'apparato respiratorio 47.730 pazienti (di cui 2.295 non residenti): in particolare 12.812 per broncopneumopatie croniche ostruttive, 1.588 per asma bronchiale, 12.435 per polmonite, 7.268 per insufficienza respiratoria, 6.498 per neoplasie broncopulmonari, 3.183 per empiema e pleurite, 1.840 per malattie infiammatorie croniche fibrosanti, 832 per tubercolosi. Del totale dei pazienti ricoverati per malattie dell'apparato respiratorio soltanto il 24% è stato dimesso da reparti di pneumologia e il 4% è transitato in reparti di terapia intensiva. Il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età è pari a 100 dimissioni per 10.000 negli uomini e a 63 nelle donne. Il numero di decessi intraospedalieri è pari a 3.072 pazienti (mortalità 6,8%), di cui il 36,8% è attribuibile all'insufficienza respiratoria, il 22,7% ai tumori polmonari, l'8,2% alle BPCO e il 32,4% alle rimanenti patologie respiratorie. 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**

Nei pazienti asmatici è possibile ridurre i sintomi, prevenire le riacutizzazioni e diminuire il consumo di farmaci evitando l'esposizione ai fattori di rischio, in particolare allergeni e irritanti. Anche nella broncopneumopatia cronica ostruttiva è importante prevenire l'insorgenza e l'evoluzione della patologia mediante la prevenzione delle infezioni respiratorie ed evitando l'esposizione al fumo di tabacco, alle polveri e alle sostanze di natura chimica professionale, all'inquinamento atmosferico e degli ambienti interni. Nel caso della TBC polmonare è prioritario concentrare l'attenzione sulla prevenzione e il controllo della patologia nelle persone immigrate da paesi ad alta endemia e nei soggetti ad alto rischio.

#### **Obiettivo**

Incrementare la prevenzione primaria e la promozione della salute.

#### **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. Elaborazione e sperimentazione di percorsi assistenziali integrati che coinvolgano specialisti, MMG, pazienti e famiglie per un'adeguata prevenzione dei fattori di rischio. Intensificazione dell'offerta del vaccino antinfluenzale nei pazienti affetti da BPCO.

#### **Obiettivo**

Attivare programmi per la prevenzione e il controllo della TBC polmonare di elevata qualità e basati sulle evidenze scientifiche, in ottemperanza alle indicazioni del Progetto CCM per il controllo della tubercolosi, contenute nel documento tecnico "Stop alla tubercolosi in Italia".

#### **Azioni**

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

---

<sup>2</sup> Dati SIO Lazio 2005: sono state selezionate le dimissioni aventi in diagnosi principale uno dei codici ICD-9-CM relativi a malattie dell'apparato respiratorio, in regime di ricovero ordinario per acuti, a carico del SSN, età superiore a 18 anni.

negli operatori sanitari. Attivazione di ambulatori specialistici pneumologici territoriali per la prevenzione della TBC. Ridefinizione delle politiche regionali di vaccinazione.

#### **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. Per quel che riguarda la distribuzione territoriale dovrebbe essere istituito un Servizio territoriale di livello ogni 350.000 abitanti nella città di Roma e uno per ciascuna provincia laziale (Latina, Frosinone, Rieti e Viterbo);
- UO pneumologiche ospedaliere, ubicate in numero di 1 per ogni provincia del Lazio, 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)

#### **Obiettivo**

Organizzare l'assistenza pneumologica per intensità di cure.

#### **Azioni**

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

#### **Obiettivo**

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

#### **Azioni**

Riconversione di parte dei posti letto per acuti in letti di post-acuzie e di riabilitazione (compresa la riabilitazione di alta intensità).

### **Indicatori**

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

### **Obiettivo**

Garantire l'assistenza pneumologica sul territorio.

### **Azioni**

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.

### **Obiettivo**

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

### **Azioni**

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.

### **Obiettivo**

Assicurare un'assistenza di eccellenza ai malati di tubercolosi, sia nella fase acuta di trattamento che per quanto riguarda il follow-up.

### **Azioni**

Concentrare il trattamento dei casi acuti di malattia 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**

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 grazie alla riduzione del numero dei ricoveri e delle giornate complessive di degenza e di migliorare la qualità della vita e la performance neuropsicologica. Anche la VMD è una modalità terapeutica sempre più impiegata nei pazienti con insufficienza respiratoria non svezabili dalla ventilazione meccanica (dopo un episodio di riacutizzazione), negli stadi avanzati di alcune patologie neuromuscolari (come la sclerosi laterale amiotrofica), nella sindrome dell'apnea ostruttiva da sonno (OSAS) ecc. Sia

L'OLT che la VMD sono terapie gravate da alti costi di gestione, sia in termini di materiali di consumo che di manutenzione delle apparecchiature, anche in relazione alla continua evoluzione tecnologica dei supporti. 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. Al fine di programmare una gestione ottimale del paziente affetto da insufficienza respiratoria cronica è opportuno infine raccogliere informazioni relative ai casi seguiti in terapia domiciliare, alla prescrizione dell'OLT e della VMD e all'andamento dei consumi e quindi dei costi delle stesse terapie.

### **Obiettivo**

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

### **Azioni**

Allungamento della durata dell'autorizzazione ASL alla prescrizione specialistica dell'OLT da tre mesi ad almeno sei mesi. 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).

### **Obiettivo**

Definire modalità regionali di fornitura dell'OLT e dei ventilatori meccanici domiciliari.

### **Azioni**

Indizione di gare regionali/aziendali per l'OLT che comprendano sia la distribuzione dell'O<sub>2</sub> liquido che il noleggio e la manutenzione di concentratori di O<sub>2</sub>.

Indizione di gare regionali/aziendali per la fornitura in noleggio con assistenza tecnica "full risk" dei ventilatori polmonari.

### **Obiettivo**

Monitoraggio epidemiologico dell'insufficienza respiratoria cronica.

### **Azioni**

Progettazione di un database clinico su base regionale per pazienti con insufficienza respiratoria cronica in OLT e/o VMD.

## 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 sono stati condotti alcuni studi di popolazione per stimare la prevalenza e l'incidenza della malattia di Alzheimer, il più ampio dei quali è l'ILSA (*Italian Longitudinal Study on Aging*, 2002), che hanno prodotto stime di prevalenza variabili da 2,5% a 6,8%, con una predominanza per il sesso femminile. Rispetto all'incidenza della malattia, il dato dello studio ILSA indica un tasso grezzo di 7,0 casi per 1.000 anni persona (IC 95% 5,3-8,7), con una stima più elevata per le donne, pari al 9,3% (IC 95% 6,5-12,2), rispetto agli uomini, risultata essere del 5,0 (IC 95% 3,0-6,9).

### 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 nostra regione sono state attivate 34 Unità valutative Alzheimer (UVA), 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. Le 25 UVA ospedaliere si caratterizzano per una maggiore presenza di personale preposto alla diagnosi (medici, neuropsicologi, spesso in formazione), mentre le 9 UVA territoriali dispongono di figure professionali deputate all'assistenza (infermieri, assistenti sociali). 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 e al trattamento anche le altre forme di demenza (**Centri per le demenze**), 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.

## Obiettivo

Presenza 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 prettamente ospedalieri o universitari 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 terapeutiche avanzate.

Tali centri dovranno quindi effettuare in modo diretto:

- l'accertamento della diagnosi;
- Il trattamento farmacologico (sia per il disturbo cognitivo che per il controllo dei disturbi comportamentali);
- i successivi follow-up per il monitoraggio dei farmaci in relazione all'evoluzione dei disturbi cognitivo-comportamentali.

Il Centro diagnostico specialistico per le demenze dovrà offrire le prestazioni sia agli utenti che si rivolgano direttamente al centro con un invio del MMG o di altra struttura sanitaria, sia, in via preferenziale, agli utenti 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 **Centro esperto** (indipendentemente dalla propria collocazione ospedaliera o territoriale) rappresenta 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. Il Centro esperto si dovrà caratterizzare per una sua forte integrazione con l'organizzazione distrettuale e si avvarrà delle seguenti figure professionali: geriatra/neurologo/psichiatra con specifica competenza nel campo delle demenze, neuropsicologo, assistente sociale, infermiere professionale.

Tali centri dovranno quindi effettuare in modo diretto:



- l'accertamento della diagnosi, avvalendosi anche della consulenza presso il Centro diagnostico specialistico;
- il 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 (tale prestazione potrà essere erogata anche indirettamente, purché il centro sia in contatto con Struttura/Centro diurno Alzheimer che eroghi tale prestazione secondo un canale preferenziale per i soggetti inviati dal centro stesso, che dovranno essere inseriti nella lista di attesa direttamente dal Centro esperto);
- 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, che si configuri come attività consultoriale.

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.

In ogni ASL i Centri diagnostici specialistici e i Centri esperti dovranno occuparsi direttamente e congiuntamente dell'attività di formazione per gli assistenti familiari, il personale dei servizi dedicato (medici di medicina generale, assistenti sociali, infermieri, operatori sociosanitari) e, più in generale, per il personale sanitario dei presidi ospedalieri e delle RSA (con e senza Nuclei Alzheimer). Per ogni ASL dovrà essere attivato almeno un corso di formazione accreditato ECM sulle demenze (entro il triennio).

Tra le azioni previste vi è la definizione di specifici protocolli di intesa tra i Centri per le demenze, diagnostici, specialistici ed esperti, e i servizi territoriali e ospedalieri dedicati, in un'ottica di continuità assistenziale.

Tutti i Centri esperti dovranno dotarsi di un archivio informatizzato dei soggetti in carico che consentirà di registrare i dati relativi a tutte le persone già seguite e ai nuovi casi, nonché le valutazioni di follow-up. A tale scopo è prevista la costituzione di un gruppo di lavoro con i responsabili dei Centri per le demenze per l'elaborazione di una "scheda di raccolta dati paziente" condivisa, contenente le informazioni necessarie (anagrafica, valutazione cognitiva, funzionale e comportamentale, diagnosi, patologie concomitanti, trattamenti farmacologici in atto, piano terapeutico assegnato, eventuale percorso assistenziale proposto). La valutazione della potenziale sottostima dei soggetti affetti da demenza residenti nel territorio in oggetto potrà essere effettuata attraverso procedure di record linkage con altri archivi disponibili, quali il SIO (Sistema informativo ospedaliero), l'Archivio farmaceutico regionale, l'Archivio esenti ticket e invalidità.

## Indicatori

Per la verifica della riorganizzazione delle UVA regionali in centri per le demenze si prevede il seguente indicatore:

- numero delle UVA regionali riconvertite in Centri diagnostici specialistici per le demenze e Centri esperti per le demenze (almeno il 60% nel primo anno; il 100% nel triennio).

## 8. Salute mentale

La salute mentale è uno stato di benessere emotivo e psicologico nel quale l'individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive o emozionali, esercitare la propria funzione all'interno della società, rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, partecipare costruttivamente ai mutamenti dell'ambiente, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni (OMS, 2001). 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 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. Un ruolo centrale è svolto dai 12 Dipartimenti di Salute mentale (DSM) operanti sul territorio regionale, in quanto soggetti regolatori e coordinatori degli interventi messi in atto anche con l'ausilio del privato profit e non profit. I DSM hanno il compito di garantire, in ogni fase della cura, l'integrazione degli interventi organizzando percorsi congiunti con gli altri servizi sanitari e sociali, differenziati e modulati sui bisogni specifici della persona in trattamento.

### Dimensione dell'offerta

Nel 2006 ha evidenziato che circa l'1,4% della popolazione del Lazio di età  $\geq 15$  anni è stata trattata presso i **Centri di salute mentale** (CSM) operanti sul territorio regionale. I 12 Dipartimenti di salute mentale (DSM) gestiscono le risorse e le attività per la tutela della salute mentale esistenti nel territorio di ogni ASL; nel 2007 comprendevano 69 CSM, oltre a circa 35 ambulatori periferici, 60 centri diurni, 60 strutture residenziali riabilitative e circa 33 socio assistenziali, 24 Servizi psichiatrici di diagnosi e cura con una dotazione di 280 p.l. (0,5 p.l. per 10.000 ab.) e degenza mediana 8 giorni, e 13 day hospital psichiatrici (29 p.l.). Nella città di Roma erano disponibili presso le Aziende universitarie 2 reparti psichiatrici con 21 p.l. e 4 DH con 26 p.l. Nel settore privato 12 reparti di degenza provvisoriamente accreditati presso case di cura neuropsichiatriche (con una dotazione ad oggi di 1.057 p.l., confronta il Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad acta 5 settembre 2008, n.15) hanno prodotto circa il 38,7% di tutte le dimissioni da reparti psichiatrici nel Lazio e il 71,2% delle giornate di degenza corrispondenti (degenza mediana 31 giorni). L'assistenza psichiatrica semiresidenziale e residenziale è erogata anche presso circa 80 fra strutture residenziali psichiatriche (terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative) e centri diurni provvisoriamente accreditati (D.G.R. n. 146 del 14 febbraio 2005). In tali strutture sono disponibili 861 p.l. in regime di residenzialità e 116 posti in regime di semiresidenzialità.

### Epidemiologia

Un'analisi ad hoc ha mostrato, tra la popolazione che ha avuto accesso ai servizi di salute mentale nel periodo 2001-2003, un lieve aumento in termini percentuali della popolazione di età  $\geq 14$  anni trattata presso i Centri di salute mentale (CSM) della regione (dall'1,2% all'1,4%). Nel corso del 2004 la percentuale di soggetti trattati sulla popolazione è stata dell'1,3%; di questi il 28% presentava disturbi psicotici. Il numero delle richieste di trattamento ai CSM effettuate da parte di soggetti provenienti da altri paesi costituiva nel 2001 lo 0,8% del totale delle richieste ed è più che raddoppiato nei successivi quattro anni, rappresentando nel 2004 il 3,1%. Le prescrizioni di farmaci antidepressivi (AD) e antipsicotici

(AP) a carico del SSN nel Lazio sono state 1.783.664 nel 2005, rappresentando in termini di pezzi prescritti (qualunque specialità) rispettivamente il 2,6% e lo 0,9% del totale; insieme costituiscono circa il 6% della spesa farmaceutica complessiva a carico del SSN. Gli AD rappresentavano il 75,4% del totale delle prescrizioni di AD e AP; in questa categoria i farmaci più prescritti erano gli inibitori della ricaptazione della serotonina (66,7%). Tra gli AP quelli atipici rappresentavano il 63,3% delle prescrizioni.

I posti letto dei SPDC nel Lazio sono 280, pari allo 0,59 per 10.000, dato inferiore allo standard nazionale di 1 per 10.000. La disponibilità di p.l. è maggiore a Roma centro e minore nelle ASL di Viterbo e Latina.

### **Obiettivo**

Promuovere percorsi di miglioramento della qualità nei DSM, favorendo la cultura della valutazione e adottando linee guida e procedure di consenso basate su prove di efficacia.

### **Azioni**

Condivisione e costruzione di iniziative di formazione, aggiornamento e ricerca scientifica da parte degli operatori dei DSM, anche con la partecipazione dell'Università, tese a favorire l'acquisizione e la diffusione della cultura e delle tecniche di valutazione e a orientare gli impegni clinici, assistenziali e organizzativi agli obiettivi di appropriatezza e integrazione.

### **Obiettivo**

Migliorare l'integrazione e il coordinamento dei servizi per la salute mentale con aree d'intervento complementari o contigue, creando percorsi differenziati per fasce di utenza (giovani adulti, migranti, anziani) che tengano conto della specificità dei bisogni sanitari e sociali.

### **Azioni**

Progettazione di interventi per specifiche fasce di utenza orientati al soddisfacimento dei bisogni e non per funzioni specialistiche o per patologia, ponendo particolare attenzione alle funzioni di orientamento e agevolazione dell'utente nei percorsi assistenziali. Implementazione di protocolli di collaborazione fra i servizi per la salute mentale e i servizi sociali e sanitari (Distretto, servizi per l'età evolutiva, SerT, servizi sociali degli Enti locali).

### **Obiettivo**

Migliorare l'adesione alle cure e la capacità di presa in carico degli utenti con particolare riferimento a quelli affetti da disturbi psichici gravi e a maggior rischio di abbandono del trattamento, attraverso interventi nel territorio in stretta collaborazione con la Consulta dipartimentale per la salute mentale, le associazioni dei familiari, degli utenti, del volontariato, con i medici di medicina generale e con gli altri servizi sanitari e sociali.

### **Azioni**

Attivazione presso ciascun DSM di un programma di verifica e revisione sistematica delle modalità di conclusione del trattamento nei CSM, con particolare riguardo a quelle non concordate. Attivazione di interventi diretti a utenti affetti da disturbi psichici gravi e "persi di vista", con valutazione approfondita delle esigenze sanitarie e sociali della persona, in collaborazione con la Consulta dipartimentale per la salute mentale e con gli altri servizi sanitari e sociali; elaborazione di piani di trattamento e percorsi di cura personalizzati che prevedano la responsabilità di un referente per il caso.

### **Obiettivo**

Favorire la continuità assistenziale, specie per quanto attiene alle dimissioni da reparti pubblici e privati, dopo valutazione e invii documentati da parte dei servizi territoriali, e dimissioni protette da accordi espliciti con i servizi territoriali.

### **Azioni**

Istituzione di un Gruppo di lavoro (GdL) regionale incaricato di fornire elementi atti a definire una scheda di invio ai reparti psichiatrici pubblici e privati della regione, modalità standardizzate per tutti gli invii da parte dei servizi territoriali, e procedure da attivarsi al momento della dimissione. Istituzione presso ciascun DSM di un registro dei ricoveri di residenti nella propria area di competenza presso reparti privati. Il registro, aggiornato mensilmente con i dati forniti dalle case di cura neuropsichiatriche accreditate, favorirà il monitoraggio locale dei costi, la valutazione dei nuovi casi e l'eventuale presa in carico da parte dei servizi di salute mentale territoriali.

### **Obiettivo**

Ottimizzare l'uso di Centri diurni (CD) e Strutture residenziali (SR) pubbliche e private accreditate (D.G.R. n. 146 del 14 febbraio 2005), migliorando le conoscenze delle caratteristiche dei soggetti che vi sono accolti, monitorare l'attività e il numero di posti residenziali e semiresidenziali disponibili. Definire le modalità di accesso e di dimissione da queste strutture secondo modalità verificabili e riproducibili e integrare nel Sistema informativo per i servizi psichiatrici (SISP) procedure standardizzate di valutazione periodica dell'utenza con particolare riferimento alle procedure per l'inserimento lavorativo.

### **Azioni**

Estensione della rilevazione del SISP a tutti i CD e SR pubbliche includendo anche le SR private accreditate. Istituzione di un gruppo di lavoro con rappresentanti dei DSM per concordare le modalità di valutazione all'ingresso, alla dimissione e a scadenze definite; definizione del debito informativo e della modalità di invio dei dati di CD e SR private e accreditate; formazione degli operatori. Attivazione di un sistema di rilevamento univoco degli inserimenti lavorativi effettuati da CD. Valutazione di un campione di utenti per i quali è stato attivato un progetto d'inserimento lavorativo presso i CD della regione, allo scopo di descriverne i profili socio-demografici, clinici, assistenziali e conoscerne i percorsi formativi effettuati prima di giungere all'inserimento nel mondo produttivo, con particolare attenzione ai fattori determinanti l'esito.

### **Obiettivo**

Elaborare e sviluppare iniziative preventive di riconosciuta efficacia per individuare e ridurre il rischio di suicidio e di tentato suicidio (TS) nei gruppi di popolazione più a rischio.

### **Azioni**

Formulazione di un modello di prevenzione globale del suicidio, che abbia caratteristiche di fattibilità e appropriatezza e si mostri come il più efficace a partire dalle evidenze scientifiche disponibili e in aree con determinate caratteristiche. Nel rispetto di alcuni criteri da definire, ciascun DSM dovrà attivare un piano di monitoraggio dei casi di TS, con sviluppo di un sistema univoco di raccolta delle informazioni ricavato dall'attività dei servizi di pronto soccorso, che consenta di

monitorare i TS e i suicidi in modo affidabile e uniforme e permetta di valutare la quota di sottostima dei suicidi notificati dalle statistiche correnti.

### **Obiettivo**

Sviluppare azioni di farmacovigilanza e un costante monitoraggio del numero di prescrizioni a carico del SSN di farmaci AD e AP e delle modalità con cui vengono prescritti nel Lazio, al fine di favorire interventi finalizzati all'aumento dell'appropriatezza prescrittiva di questi farmaci e al contenimento della spesa per la farmaceutica nella nostra regione.

### **Azioni**

Monitoraggio sistematico delle prescrizioni di AD e AP; descrizione delle caratteristiche dell'utenza trattata con AD e AP e relativi pattern di trattamento nella popolazione generale e negli utenti dei servizi di salute mentale, con pubblicazione (a mezzo web e a stampa) e diffusione di un rapporto sui risultati dell'analisi.

## 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. L'incidenza delle cadute e l'entità del trauma ad esse correlato aumentano sensibilmente dopo i 65 anni per la prevalenza di osteoporosi e di altri fattori età-correlati (ad esempio riduzione dei riflessi). Secondo lo studio multicentrico ESPOPO condotto nel 2001 in 17 regioni il 22,8% delle donne tra i 40 e i 79 anni e il 14,5% degli uomini tra i 60 e i 79 anni è affetto da osteoporosi.

Tra i traumi è particolarmente rilevante l'impatto delle fratture di femore, sia in termini di incidenza che di esiti. Il tasso annuale di incidenza stimato nel Lazio per gli ultra-sessantacinquenni è 4 su 1.000 tra i maschi e 9 su mille tra le femmine. 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-acuzie, a cui corrisponde un valore di circa 40 milioni di euro.

### Obiettivi

#### *Prevenzione*

Il monitoraggio del fenomeno delle cadute e l'attivazione degli efficaci interventi di prevenzione costituiscono una sfida prioritaria in un contesto territoriale, come quello della regione Lazio, dove la quota di anziani fragili è in continua crescita. A tale fine la Regione individua come obiettivi prioritari:

- individuazione dei soggetti a rischio di cadute o fratture:
  - 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;
- modificazione dei fattori di rischio di cadute o fratture:
  - 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*

Il PA per la gestione della fase intraospedaliera è stato definito, nell'ambito di un progetto Laziosanità-ASP, sulla base delle evidenze della letteratura e condiviso con le società scientifiche coinvolte nel processo di cura. Attualmente è in corso una sperimentazione multicentrica del PA presso alcune strutture ospedaliere del Lazio, finalizzata a valutarne la praticabilità e sostenibilità nel tempo nonché l'impatto sulla performance assistenziale.

L'adozione di un PA da parte di tutte le strutture di ricovero da un lato 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 consente di valutare l'appropriatezza assistenziale e di promuovere il contenimento dei costi attraverso:

- riduzione dei tempi di attesa in PS;
- aumento della quota di pazienti trattati chirurgicamente;
- riduzione dei tempi di attesa preoperatori;
- mobilitazione e riabilitazione precoce;
- dimissione precoce e/o protetta.

Stante la complessità del processo di cura globale, la frattura di femore viene identificata come *case study* per il governo clinico a partire dal presente Piano, e adottata come condizione tracciante del sistema di cura al fine di valutare la performance e il coordinamento tra l'ospedale per acuti, i servizi di riabilitazione, i servizi sociali e di comunità.

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

Garantire la continuità assistenziale al paziente anziano ricoverato per trauma al momento della conclusione della fase acuta è un fattore indispensabile per ottimizzarne il recupero funzionale e il reinserimento sociale. A tale fine la Regione individua come strumenti prioritari:

- aumentare l'appropriatezza del percorso riabilitativo;
- ridurre i tempi di attesa per l'accesso alle strutture riabilitative;
- ridurre l'istituzionalizzazione conseguente a traumi;
- 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, previsti dal Ministero della Salute al fine di individuare e rimuovere eventuali rischi ambientali e comportamentali, attivazione delle Aziende sanitarie per 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*

- Implementazione del PA in tutti gli istituti di ricovero della regione.

*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).



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

### 1. Nuovo 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 manovre prevista dal decreto 25/08 ed dal Piano di “Riqualificazione della rete ospedaliera e potenziamento dell’offerta territoriale nella Regione Lazio” redatto da Laziosanità - Agenzia di Sanità Pubblica e collegato al presente Piano. Di seguito sono riportati i punti in cui esso si articola:

- a) modifiche amministrative e riconversione di strutture:
  - attribuzione delle funzioni di governo dell’assistenza ospedaliera pubblica a tre Aziende ospedaliere coordinatrici dell’attività di tutte le strutture ospedaliere pubbliche del territorio loro assegnato;
  - 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 del 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.
  - 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 capitolo 3 e, per alcuni aspetti, nella Parte IV, capitolo 6,

un'articolata serie di innovazioni che si basano principalmente su:

- attivazione delle UTAP;
- attivazione dei PTP;
- riorganizzazione dei percorsi assistenziali e promozione dei percorsi integrati ospedale-territorio;
- riorganizzazione delle cure 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 IEA RSA;
- riorganizzazione della rete dei laboratori;
- assicurazione della continuità assistenziale.

## 1.b 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 dilatarsi 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.

I principali obiettivi da perseguire nell'attuazione di una riorganizzazione che ridefinisca i territori di competenza delle ASL in aree più vaste e differenzi i gestori di attività diverse sono identificati come segue:

- ricerca del miglior equilibrio possibile tra domanda e offerta di servizi sanitari, attraverso gli strumenti della programmazione e del controllo, e valutazione della compatibilità economica;
- creazione di reti e collegamenti funzionali interaziendali;
- promozione dell'appropriatezza delle prestazioni mediante la definizione e l'adozione condivisa di linee guida e percorsi assistenziali integrati (tra discipline e professioni, tra ospedale e territorio, tra livelli assistenziali), governo clinico;
- riduzione di interventi duplicati e/o di bassa qualità;
- aumento dell'efficienza e conseguimento di economie di scala.

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 – come descritto più oltre in questo Piano – 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 un riassetto e una diversa ripartizione di funzioni, più confacenti alle esigenze di modernizzazione e di maggiore efficienza del SSR, da compiersi nel periodo di vigenza del presente Piano.

Il riassetto è concentrato sull'area di Roma e provincia, in cui si definisce la seguente riorganizzazione a fini sperimentali.

Si prevede, per la provincia di Roma, la riorganizzazione amministrativa in tre ASL: una per l'area Nord, una per l'area Sud-Est e la terza per l'area Sud-Ovest. I confini amministrativi delle attuali ASL, come si è detto sopra, non sono ideali ai fini della ripartizione dei servizi e per il nuovo assetto l'ideale sarebbe prescindere da essi. Tuttavia, vista l'urgenza, per questioni di fattibilità occorre per il momento procedere effettivamente all'aggregazione di vecchie ASL. Contemporaneamente è bene avviare un adeguato studio sulla dislocazione della popolazione, sulla viabilità, sull'effettiva presenza di strutture, nonché sui piani di sviluppo comunali e provinciali, per valutare la razionalità dell'aggregazione per sommatoria di ASL e pianificarne le eventuali modifiche.

Il profilo di aggregazione che il presente Piano individua, in base a considerazioni inerenti in particolar modo alla dislocazione della rete ospedaliera, prevede l'aggregazione della ASL RMA con le ASL RMC e RMD, l'aggregazione della ASL RMB con le ASL RMG e RMH e l'aggregazione della ASL RME con la ASL RMF. Alcuni elementi di riorganizzazione della rete ospedaliera in tali territori sono contenuti nella Parte III, paragrafo 4.d.

Un riordinamento funzionale è altresì importante da predisporre. Le funzioni delle ASL dovranno riguardare l'esercizio della tutela della salute dei cittadini residenti, l'erogazione dell'assistenza territoriale e le funzioni proprie del Dipartimento di prevenzione.

Le funzioni di assistenza ospedaliera vengono affidate interamente a tre Aziende ospedaliere, che le eserciteranno avvalendosi di tutte le strutture ospedaliere pubbliche (presidi) del territorio loro assegnato e che si organizzeranno con tre strutture capofila con funzioni di coordinamento, e precisamente un'Azienda con capofila l'ospedale Sant'Andrea con competenze di assistenza ospedaliera sul territorio corrispondente alla ASL RM E – RMF, un'Azienda con capofila l'ospedale San Camillo con competenze di assistenza ospedaliera sul territorio corrispondente alla ASL RMA – RMC – RMD, e un'Azienda con capofila l'ospedale San Giovanni con competenze di assistenza ospedaliera sul territorio corrispondente alla ASL RMB – RMG – RMH.

L'Azienda ospedaliera:

- gestisce l'attività ospedaliera di tutte le aziende e i presidi compresi nel territorio assegnato;
- organizza l'assistenza ospedaliera in reti cittadine;
- cura le relazioni delle reti con le strutture delle altre province della regione.

Per garantire che l'azione di riordino e il modello individuato siano coerenti con i principi di appropriatezza delle prestazioni e dei processi organizzativi, e di equità di accesso, elemento fondante del sistema, è necessario identificare precisi meccanismi, regole e livelli di responsabilità tecnico-funzionale per il governo dell'assistenza sanitaria, sia a livello ospedaliero che territoriale, nonché relativi alle forme di integrazione con il sociale.

A tal fine si configura, nell'ambito dello schema riorganizzativo, uno specifico livello intermedio, tecnico, collocato all'interno dell'ASL, nel quale si concentrano tutte le funzioni strategiche di rilevazione dei bisogni locali, di programmazione, committenza, monitoraggio e valutazione nonché le attività relative all'erogazione di servizi sanitari non ospedalieri. Tale livello, definibile quale tecnostruttura incardinata nell'ASL, ma dotata di autonomia tecnica e gestionale, racchiude la duplice funzione di erogatore di prestazioni di natura territoriale (cure primarie, intermedie, prevenzione) attraverso le articolazioni territoriali distrettuali, e di centrale strategica per la rilevazione del bisogno, la definizione dei piani annuali di committenza per gli erogatori, la valutazione e il monitoraggio quali-quantitativo degli stessi. In particolare, alla tecnostruttura sono affidate le funzioni di seguito descritte.

- Funzione di erogazione: è relativa all'erogazione diretta o attraverso professionisti convenzionati (MMG, PLS, cooperative) di prestazioni relative alle cure primarie (favorendo l'approccio proattivo e di iniziativa su sottopopolazioni a rischio), intermedie (ADI, RSA, PTP), riabilitative (con l'esclusione della riabilitazione per acuti in regime di ricovero), specialistiche di primo livello, preventive e di integrazione sociosanitaria; tale funzione si realizza operativamente mediante le articolazioni territoriali distrettuali.
- Funzione di committenza: l'ASL, avvalendosi della propria tecnostruttura, stabilisce le condizioni di stipula dei contratti con i fornitori (rete ospedaliera di utilità pubblica, RSA, Hospice, cooperative, altre strutture sanitarie) e detiene il governo dell'offerta di servizi, perché garante dei diritti del singolo cittadino e responsabile della salute pubblica; l'accordo annuale prevede la fornitura di servizi sanitari e attività, in cui per ogni attività sono previsti volumi e tipologie di prestazioni, criteri assistenziali e modalità di organizzazione dell'assistenza, coerenti con il bisogno di salute dei cittadini. Le attività erogabili dai fornitori saranno esclusivamente quelle accreditate, anche

nell'ambito di definiti percorsi diagnostico-terapeutici, concretizzando in tal modo l'attuale processo di accreditamento e superando la fase di provvisorietà. I fornitori sono responsabili della qualità dei servizi resi ed elaborano piani strategici e operativi.

- Funzione di valutazione e controllo: la tecnostruttura garantisce, anche mediante il supporto tecnico-scientifico dell'ASP, l'azione di valutazione, monitoraggio e controllo delle attività erogate sia direttamente che tramite fornitori, anche in termini di appropriatezza delle prestazioni. Rileva inoltre i bisogni sanitari della comunità di riferimento, avvalendosi anche delle articolazioni territoriali distrettuali.
- Funzione di integrazione e continuità tra assistenza territoriale e ospedaliera, attraverso la definizione, l'implementazione, il monitoraggio e la valutazione di percorsi clinico-assistenziali integrati.

Il personale della tecnostruttura dovrà essere dotato di specifiche competenze e requisiti professionali; ciascuna tecnostruttura sarà affidata ad un dirigente di alto profilo tecnico-professionale. Al fine di garantire il coordinamento delle attività, per ambiti territoriali omogenei, si rende necessario strutturare una funzione stabile e organizzata responsabile dell'integrazione operativa trasversale interaziendale.

L'attuazione del Piano di riassetto va effettuata a seguito della valutazione dell'impatto delle possibili opzioni sui diversi parametri di interesse (tra cui: fattibilità, sostenibilità, equità, efficienza, organizzazione delle reti, accessibilità). Tale processo va condotto nell'arco di vigenza del Piano, esitando nella trasformazione effettiva delle competenze e dei confini amministrativi. Per il periodo corrispondente le altre province del Lazio non sono interessate dal processo sperimentale. I confini delle ASL e le funzioni rimangono inalterati.

## 1.c Gli elementi fondamentali del cambiamento

La necessità di riorganizzare profondamente l'offerta dei servizi deriva in primo luogo, come già ampiamente descritto in altre parti del Piano, dall'inadeguatezza dell'attuale assetto nel fornire efficaci risposte a problemi e bisogni mutati e complessi, secondariamente dai vincoli posti dal Piano di rientro dal debito.

Le linee di indirizzo indicate in questa parte del Piano originano da una concezione del Servizio sanitario quale organizzazione che deve garantire un continuum tra i diversi ambiti di attività, dalla promozione della salute e prevenzione delle malattie alla diagnosi, cura e riabilitazione, stabilendo all'interno e tra i vari setting assistenziali connessioni e integrazioni e garantendo l'approccio multiprofessionale e interdisciplinare.

Si parte dalla prevenzione per passare poi a illustrare i principali cambiamenti programmati nell'ambito dell'assistenza. Per quanto riguarda le attività di promozione della salute e di prevenzione, il Piano sostiene il passaggio da una prevenzione "somministrata" ad una prevenzione condivisa e partecipata con la comunità. Il Dipartimento di prevenzione è titolare della funzione tecnico-scientifica, il Distretto è il luogo in cui viene esercitata la funzione programmatica, valutativa, di integrazione e condivisione dei progetti con la comunità locale, a garanzia dell'equità sociale degli interventi. Viene promosso inoltre l'approccio multisettoriale, nella consapevolezza che il contrasto ai determinanti sociali, ambientali e comportamentali è tanto più efficace quanto maggiore è il coinvolgimento e più sviluppate sono le

alleanze con gli altri settori della società. In particolare emerge la necessità di integrare le attività e gli interventi delle diverse agenzie, sanitarie e non, definendo obiettivi condivisi e promuovendo la comunicazione tra i diversi soggetti, anche al fine di produrre informazioni coerenti ed efficaci rivolte alla cittadinanza.

I servizi territoriali dovranno affrontare i maggiori cambiamenti: il processo di riequilibrio tra assistenza ospedaliera e territoriale implica uno spostamento consistente di competenze, professionalità, attività, servizi e risorse verso il territorio. Gli indirizzi contenuti nel Piano prevedono lo sviluppo dei servizi di prossimità al cittadino, la promozione di un approccio integrato tra i servizi e con il sociale, orientato verso l'effettiva presa in carico della persona. In particolare, a livello distrettuale saranno sviluppate le cure intermedie, attraverso l'attivazione di Presidi territoriali di prossimità, il potenziamento e la qualificazione delle RSA e degli Hospice. Particolare rilevanza nell'ambito dei servizi territoriali assumeranno le cure primarie, con la qualificazione della medicina generale, dei servizi di assistenza domiciliare integrata e dei servizi specialistici, mediante la diversificazione dell'offerta delle prestazioni erogate per livelli di complessità e il potenziamento dell'offerta specialistica.

Il Distretto è individuato quale snodo centrale per il governo del territorio, la rilevazione dei bisogni, la valutazione e la programmazione. In questo senso andrà pienamente applicato il D.Lgs 19 giugno 1999, n. 229, che prevede fra l'altro l'autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria del Distretto.

Per quanto concerne i servizi ospedalieri, il presente Piano, in coerenza con il Piano di rientro dal debito, dispone gli interventi perché l'assistenza agli acuti in regime di ricovero venga ridefinita secondo una distribuzione dei servizi maggiormente rispondente ai bisogni di salute e alla dislocazione dei residenti. Oltre a tale fondamentale opera di riorganizzazione dell'offerta ospedaliera, il Piano punta a due ulteriori obiettivi: l'umanizzazione e la costruzione di reti assistenziali.

Le linee di indirizzo individuate prevedono interventi per la promozione dell'umanizzazione delle strutture ospedaliere e territoriali, intesa come capacità di renderle luoghi "aperti, accoglienti, sicuri e senza dolore".

Lo sviluppo organizzativo è orientato verso la costituzione di reti al fine di garantire un'erogazione di assistenza efficace, appropriata, tempestiva, efficiente e centrata sul paziente. Lo sviluppo di reti specialistiche tra ospedali non dovrà avvenire a scapito dell'integrazione dei servizi all'interno del singolo ospedale, che potrà ricorrere sperimentalmente all'approccio organizzativo per complessità e intensità di cura, al fine di favorire una maggiore appropriatezza dei servizi erogati e un minore rischio di iatrogenesi. Verranno infine valorizzate forme flessibili e modulari di assistenza, quali il Day hospital medico e chirurgico, il Week hospital, il Day service, l'Osservazione breve intensiva.

La Parte III si conclude con alcune tematiche accomunate dall'alta integrazione come le disabilità complesse, per le quali è previsto un adeguamento dei servizi e l'attivazione di specifici percorsi clinico-assistenziali, nonché il perseguimento della continuità dell'assistenza. Vengono inoltre affrontati i problemi relativi a salute e multiethnicità, al fine di garantire l'equità nell'accesso ai servizi sociosanitari e lo sviluppo delle attività di promozione della salute rivolte ai cittadini stranieri. Un focus è dedicato alla salute delle donne, al fine di tutelare la specificità di genere e garantire la parità di opportunità, con una speciale attenzione alla promozione della salute nell'adolescenza, agli interventi nella fascia di popolazione anziana e alla prevenzione dei tumori. La salute del bambino, che conclude questa parte del Piano, prevede la promozione di progetti a forte integrazione sociosanitaria rivolti a gruppi di popolazione appartenenti a comunità vulnerabili, l'elaborazione e la diffusione di raccomandazioni/linee guida sull'allattamento al seno, la qualificazione della rete di assistenza ospedaliera neonatale, l'identificazione e la presa in carico precoce di bambini con bisogni speciali, la gestione di malattie croniche di bassa ed elevata complessità e la valorizzazione della pediatria di libera scelta.

Oltre a questi indirizzi specifici, dettagliati nei capitoli che seguono, nel periodo della vigenza del Piano si definiscono alcune fondamentali trasformazioni istituzionali di seguito riportate.

## 2. Prevenzione

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

Per quanto riguarda le strategie generali per la prevenzione e la promozione della salute si veda quanto espresso nella Parte I al capitolo 3.d. Fra quanto rappresentato in tale capitolo si ribadisce qui l'importanza di politiche intersettoriali per lo sviluppo e l'attuazione di strategie preventive con la costituzione di un tavolo intersettoriale a livello regionale e di una funzione di direzione strategica delle attività di prevenzione a livello di ASL.

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

Fra i determinanti sociali e ambientali della salute il presente Piano definisce quelli prioritari su cui i servizi sanitari sono chiamati a porre particolare impegno e a seguire le indicazioni qui delineate. Tali priorità riguardano alcuni determinanti e l'insieme degli interventi definiti nei piani di prevenzione attiva.

Il capitolo riguarda anche l'offerta di prevenzione e traccia linee di percorso (MMG, scuola, Dipartimento di prevenzione) idonee a raggiungere risultati accettabili delle attività preventive.

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 e ondate di calore, 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. I fumatori in Italia costituiscono il 24,3% della popolazione di età superiore ai 14 anni (circa 12.200.000 persone), il 28,6% della popolazione di genere maschile e il 16,7% di quella femminile. L'età media di inizio dell'abitudine al fumo è di circa 18 anni (17 per gli uomini e 19 per le donne). 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.

Nel Lazio la percentuale di fumatori è pari al 25,2% della popolazione residente di età superiore ai 14 anni (30,5% e 20,3% rispettivamente degli uomini e delle donne), quindi superiore rispetto alla popolazione italiana della stessa fascia di età. Il 9% fuma oltre 20 sigarette al giorno mentre il numero medio di sigarette fumate al giorno è pari a 15.

## 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. Sono attribuibili al fumo di tabacco in Italia circa 80.000 morti all'anno. 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 negli 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.

La cessazione dell'abitudine al fumo rappresenta la strategia più efficace per ridurre la mortalità associata al fumo a medio termine. Esistono prove della possibilità di smettere di fumare senza alcun intervento ma esistono anche prove che diverse tipologie di interventi farmacologici, di supporto psicologico o interventi combinati incrementino il numero dei successi. 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'alcolodipendenza, 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 alcool 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, 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.

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 due determinanti di rischio, che per la loro diffusione e per le difficoltà delle soluzioni meritano attenzione specifica: l'inquinamento atmosferico e le ondate di calore.

## 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 alcune polveri, la cui presenza si riscontra frequentemente in idrocarburi policiclici aromatici (IPA) e 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.

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.

#### **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” prevede l’obiettivo di modificare i comportamenti a rischio nella popolazione agendo sia sul singolo individuo sia sugli ambienti di vita e di lavoro, e più in generale su aspetti strutturali del contesto sociale, per creare le condizioni in cui la scelta di un comportamento salutare sia più facile per l’individuo.

“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. La necessità dell’approccio intersettoriale nasce dalla constatazione che la gran parte degli interventi efficaci di contrasto ai fattori di rischio e di promozione di comportamenti salutari sono esterni alla capacità di intervento del SSN.

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 della Salute, 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.

## 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.

L'enfasi storicamente posta sulle attività di assistenza e cura ha frequentemente condotto ad una sottovalutazione dei risultati conseguibili tramite gli interventi di prevenzione. Si presenta ora un'opportunità rilevante e rientra nelle strategie di questo Piano indirizzare l'impegno dei servizi sanitari interessati verso il conseguimento degli obiettivi dei predetti Piani. Nell'arco del triennio i programmi di prevenzione dovranno coinvolgere tutte le Aziende, garantendo livelli omogenei a favore dell'intera popolazione regionale. Ai sensi della D.G.R. n. 835 del 30 ottobre 2007 l'ASP e il CRCM del Dipartimento di Epidemiologia della ASL RME (ovvero l'interfaccia regionale del CCM del Ministero della Salute) hanno il compito di monitorare e valutare l'andamento dei Piani di prevenzione attiva svolti nelle ASL. Queste due strutture hanno il compito di collaborare in stretto collegamento con le ASL, l'ASP nel suo ruolo di coordinatore tecnico delle attività di prevenzione nella regione e il CRCM nel suo ruolo di referente del livello nazionale.

I Piani di prevenzione, da realizzarsi secondo i cronoprogrammi presentati al Ministero della Salute, 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.* Per controllare il rischio di recidive nella patologia cardio e cerebrovascolare, sono necessari interventi sanitari di prevenzione che coinvolgano tutti gli attori dell'assistenza, dalla fase acuta alla fase post-acuta, in un'ottica di integrazione professionale utile a garantire la continuità delle cure e a ridurre il rischio di un nuovo evento di malattia. Nella fase post-acuta, in particolare, il controllo di recidive deve essere obiettivo fondamentale dei soggetti che prendono in carico il paziente e questo è garantito dalla messa in atto di percorsi diagnostico-terapeutici che mirino alla gestione standardizzata, all'interno di reti organizzate;
- *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.* Evidenze scientifiche hanno dimostrato che la prevenzione è più efficace se è effettuata nelle fasce di età infantili e adolescenziali. Pertanto il progetto è indirizzato soprattutto alla popolazione scolastica, allievi, docenti e genitori. Per la prevenzione in età adulta sono previsti interventi diretti sia all'adozione di comportamenti alimentari corretti, sia allo svolgimento di attività fisica adeguata all'età e alle condizioni di salute;

- *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. Oltre agli screening per i tumori femminili, è prevista l'attivazione dello screening per i tumori del colon-retto nella popolazione di età compresa tra i 50 e i 70 anni;
- *piano vaccinazioni.* Le azioni ritenute necessarie sono: l'individuazione dei gruppi vulnerabili la cui copertura vaccinale è insufficiente; la definizione di interventi in grado di migliorare l'offerta delle vaccinazioni a questi gruppi e l'implementazione del sistema di monitoraggio, anche attraverso la costruzione di un'anagrafe vaccinale. È altresì necessario intensificare la diffusione delle vaccinazioni antinfluenzali tra la popolazione anziana e le popolazioni a rischio: occorre definire le opportune evoluzioni delle campagne vaccinali antinfluenzali sulla base delle criticità individuate nelle esperienze precedenti;
- *prevenzione degli incidenti domestici e stradali.* I traumi accidentali sono la seconda causa di morte nei bambini dopo il primo anno di età (20% dei decessi) e la prima nei giovani adulti (dove gli incidenti stradali sono la causa del 34% dei decessi). Gli incidenti domestici e stradali rappresentano oltre il 56% di tutti i traumatismi per i quali è necessario un accesso al pronto soccorso. La sorveglianza degli incidenti stradali basata sugli accessi al PS ha mostrato come il fenomeno sia sottostimato dalle statistiche ufficiali (meno 80% dei feriti e 20% dei morti). Le popolazioni a maggior rischio di incidente domestico sono i bambini e gli anziani indipendentemente dal genere, essi sono anche a maggior rischio di ospedalizzazione.

Per predisporre interventi efficaci nel ridurre le conseguenze sanitarie degli incidenti è necessario conoscere le dimensioni del fenomeno e i suoi determinanti; in particolare, nel caso degli incidenti stradali, bisogna essere in grado di localizzare il sito dove l'incidente sia avvenuto.

Occorre quindi attuare 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.

Molte delle azioni di contrasto di comprovata efficacia sia nel campo degli incidenti domestici che in quello degli incidenti stradali non possono essere messe in atto dal solo Servizio sanitario, ma necessitano della stretta collaborazione con altri enti, la scuola, gli Enti locali, le forze dell'ordine ecc.

Occorre dunque attuare un approccio di comunità, 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 indispensabili 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. Anche nel caso dei problemi di salute derivanti dalle attività lavorative, pertanto, le attività di promozione della salute devono rappresentare, da un lato, la possibilità di incidere sui fattori di rischio specifici, dall'altro di favorire l'adozione di stili di vita e comportamenti capaci di modificare



positivamente la salute in generale dell'individuo che lavora. 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. Operativamente devono essere messe in atto strategie che portino alla costituzione di reti "locali" di promozione della salute, che si sviluppino 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).

Gli interventi delle ASL devono riguardare lo studio dei settori produttivi e dei fattori di rischio in essi presenti, il coinvolgimento e un rapporto con le parti sociali, anche attraverso la condivisione degli obiettivi e momenti di informazione e formazione verso le imprese e i lavoratori.

Sulla base di quanto già fatto per l'attuazione del PNP 2005-2007 (prorogato al 2008), in vista del PNP 2009-2011 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 CRCM), 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 CRCM 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 DI BASE**

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 2007 le coperture per le vaccinazioni dell'obbligo nel Lazio hanno raggiunto livelli, a 24 mesi, prossimi al 100%; allo stesso modo i tassi di copertura contro l'*H. influenzae* fanno registrare livelli pressoché analoghi. Da anni non si registrano casi di poliomielite e di difterite, i pochi casi di tetano notificati si sono verificati esclusivamente nelle classi di età più anziane. Anche le coperture per le vaccinazioni contro pneumococco (PVC7) e meningococco C presentano un andamento crescente raggiungendo, nel 2007, rispettivamente valori dell'82% e del 56%. Le coperture per morbillo, parotite e rosolia (MPR) hanno raggiunto livelli entro i 24 mesi (92%) superiori agli obiettivi fissati dal Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita nel 2004, ma non ancora sufficienti per interrompere la trasmissione indigena del virus.

### Problema

Nonostante i dati globali di copertura per il Lazio siano buoni, 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 e altre fanno registrare coperture di molto inferiori alla media regionale con un'estrema eterogeneità dell'offerta vaccinale.

### Risposte

In accordo con il Piano nazionale vaccini, allo scopo di garantire in modo uniforme a tutta la popolazione un uguale diritto all'accesso alla prevenzione vaccinale, superando le disuguaglianze geografiche e per stato socioeconomico, tre obiettivi specifici vanno realizzati prioritariamente nel triennio:

- mantenere elevate coperture vaccinali per le malattie per le quali sono stati raggiunti buoni livelli di copertura nella popolazione;
- promuovere appropriati interventi vaccinali di recupero 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;
- incrementare gli interventi di ordine strutturale, organizzativo, formativo e comunicativo necessari per conseguire un generale miglioramento della qualità dei servizi vaccinali.

Appare come una priorità immediata l'identificazione dei fattori di efficienza e degli specifici problemi presenti in ogni ASL attraverso una ricognizione completa di tutti i servizi vaccinali regionali. Successivamente occorrerà agire su questi elementi con azioni che promuovano la diffusione dei determinanti di efficienza e, al tempo stesso, facilitino la rimozione dei problemi identificati in modo da garantire un'offerta omogenea del servizio in tutto il territorio regionale.

### Problema

Tutte le ASL dispongono di un sistema di registrazione informatizzato delle vaccinazioni ma solo alcune dispongono di un'anagrafe vaccinale aziendale informatizzata aggiornata ed efficiente e sono ancora iniziali a livello regionale iniziative coordinate per lo sviluppo di un sistema anagrafico vaccinale regionale.

## Risposte

È una priorità assoluta per la nostra Regione procedere con la realizzazione di tale sistema, che, oltre a fornire dati univoci, faciliterebbe di molto la programmazione delle attività volte al raggiungimento degli obiettivi di copertura previsti dal Piano nazionale vaccini e dal Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita. Il Piano regionale vaccini del Lazio (D.G.R. n. 877 del 18 ottobre 2005) già individuava nell'attuazione dell'anagrafe vaccinale un obiettivo prioritario. Il successivo Piano esecutivo regionale – Area Vaccinazioni, predisposto in attuazione del Piano nazionale di prevenzione (PNP), sancito dall'intesa della Conferenza Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (Atto rep. n. 2271), nonché il documento di aggiornamento del Piano regionale vaccini (D.G.R. n. 133 del 29 febbraio 2008) ribadiscono come obiettivo prioritario la realizzazione della gestione informatizzata delle vaccinazioni. La Regione affida all'ASP il compito di coordinare le attività per la costruzione dell'anagrafe vaccinale. L'anagrafe vaccinale regionale sarà nominativa e accessibile da ogni ASL, con una struttura compatibile alle specifiche definite nell'Accordo Stato-Regioni del 3 marzo 2005 (Piano nazionale vaccini 2005-2007).

## Problema

L'evoluzione tecnologica e gli avanzamenti scientifici cambiano rapidamente il panorama degli interventi vaccinali possibili, utili per la popolazione e sostenibili e costo-efficaci per la sanità pubblica.

## Risposte

La Giunta regionale del Lazio ha deliberato un Piano regionale vaccini (D.G.R. n. 877 del 18 ottobre 2005) e il relativo calendario vaccinale, che rappresenta la strategia per la realizzazione delle attività vaccinali. Il Piano è stato aggiornato all'inizio del 2008 (D.G.R. n. 133 del 29 febbraio 2008) per poter fornire indicazioni univoche sull'offerta dei nuovi vaccini, in particolare il vaccino anti-HPV (vedi Parte II, cap. 4 "Malattie oncologiche") e contro il Rotavirus. È necessario mantenere tali periodiche revisioni (cadenza almeno annuale) in modo da includere, di volta in volta, le indicazioni relative all'offerta di vecchi e nuovi vaccini (es. vaccino per Herpes Zoster).

## 2.c Programmi di screening

I programmi di screening sono un livello essenziale di assistenza (LEA); l'attivazione e il consolidamento dei programmi di screening sono sempre più sostenuti dalle istituzioni nazionali e internazionali; 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.

**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, infondere fiducia nel Servizio sanitario e far comprendere l'importanza della prevenzione;
- agire 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);
- coinvolgere maggiormente la società civile (associazioni di cittadini, di malati ecc.) nelle azioni di miglioramento dell'adesione informata;
- 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:** sistema di gestione, valutazione e monitoraggio dei programmi di screening.

Il Sistema informativo dello screening deve poter gestire tutte le fasi – dall’invito all’intervento chirurgico – e deve permettere la valutazione della performance dei programmi. Attualmente esiste un problema di scarsa interconnessione tra strutture di I, II e III livello, garanzia di gestione del percorso diagnostico-terapeutico e di qualità dei dati.

#### **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.

Lo screening del cancro del colon-retto ha iniziato la sua fase pilota nel 2005. Il modello organizzativo sperimentato, basato sul coinvolgimento dei MMG per il I livello e delle AO per il II livello (le endoscopie), ha dimostrato alcuni limiti proprio nel coinvolgimento di questi attori.

#### **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**

Il verificarsi di casi umani di influenza aviaria, conseguenti a contatto con animali infetti nei paesi del Sud-Est asiatico, ha diffuso la percezione che la comparsa del virus H5N1 indicasse l’arrivo di una pandemia influenzale nell’uomo. Nonostante le evidenze epidemiologiche attualmente disponibili suggeriscano la necessità di tenere distinto il rischio legato alla circolazione del virus negli animali da quello di una possibile nuova pandemia umana, 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. Del resto esiste una certa probabilità di una pandemia influenzale causata da un nuovo virus di tipo A, come quelle del 1957 e del 1968, nel giro di qualche anno.

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. Obiettivi e azioni sono attualmente in fase di traduzione all'interno dei Piani operativi regionali secondo linee guida concordate.

## Risposte

La Regione Lazio ha previsto la costituzione di un Comitato pandemico regionale, con funzioni consultive nei confronti dell'Assessorato alla Sanità nonché di responsabilità diretta nella stesura del Piano, e di una Consulta veterinaria per il coordinamento delle iniziative e misure di prevenzione dell'influenza aviaria sul territorio regionale.

Il Piano pandemico deve rappresentare un supporto adeguato alle decisioni e uno strumento utile per gli operatori sanitari; data l'incertezza dell'evoluzione del quadro epidemiologico il Piano può svolgere queste funzioni solamente se mantiene un carattere di flessibilità e si comporta come un documento in progress.

La cornice di riferimento è individuata nella catena di comando, 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.

Il Piano deve definire le strategie di sanità pubblica nel contesto dell'evoluzione in fasi della pandemia, come da indicazioni dell'OMS, contestualizzandole nella realtà del Lazio, ed esplicitare le modalità organizzative e le risorse da impiegare sui principali fronti di attività, essenzialmente riconducibili ai seguenti punti:

- 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 intraospedaliero;
- le azioni di sanità pubblica volte alla protezione della collettività;
- le basi dell'organizzazione del sistema emergenziale.

Il Piano fisserà i tempi entro i quali realizzare le azioni preparatorie, dal momento che alcuni interventi potranno essere avviati solo quando l'evoluzione della situazione lo richiederà.

Occorre che il Piano sia sottoposto ad un accurato processo di condivisione con gli operatori sanitari, da tradurre in esperienze di formazione sul campo.

Non è possibile attendere il momento dell'inizio dell'epidemia per mettere in atto le risposte efficaci, infatti la mancanza di tempestività, dovuta ai necessari tempi per l'organizzazione, renderebbe assolutamente vane tutte le misure di difesa. È pertanto indispensabile che tutte le azioni previste dal Piano, anche in assenza dell'allerta pandemica, siano messe in atto dai soggetti interessati, nei tempi previsti, al fine di giungere ad un assetto ottimale della preparazione all'evento epidemico.

## 2.e Predisposizioni genetiche e medicina predittiva

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. 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 in 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.

### 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 sociosanitari di base e intermedi, problemi che attualmente trovano risposte soprattutto in ambito ospedaliero, comportando pertanto un'eccessiva medicalizzazione e tecnicizzazione.

Il D.Lgs 19 giugno 1999, n. 229, attribuisce al Distretto la titolarità delle cure primarie e lo identifica quale luogo privilegiato per l'integrazione sociosanitaria, anche attraverso la partecipazione all'elaborazione dei Piani di zona. Attribuisce inoltre al Distretto autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda sanitaria. 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 e identifica il Distretto come luogo sia di produzione diretta di servizi che 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 verticale dipartimentale.

Sarà necessario prevedere l'avvio di percorsi formativi per rimodulare le competenze del Distretto per quanto riguarda gli strumenti epidemiologici, amministrativi e gestionali, e per supportare operativamente i responsabili dei Distretti nella realizzazione delle proprie funzioni. 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.

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.

Si dovranno inoltre mettere a punto procedure amministrative e operative adeguate al fine di 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.

Infine si prevede un'azione specifica per lo sviluppo del sistema informativo territoriale, che dovrà essere rivisto nella sua architettura generale e supportato da un adeguato investimento in tecnologia informatica.

Gli elementi fondamentali su cui concentrare risorse e competenze, e sperimentare soluzioni organizzative e gestionali innovative al fine di riconfigurare e potenziare la funzione distrettuale sono individuati nei paragrafi seguenti, distinguendo gli aspetti direzionali e di programmazione, gestionali, organizzativi e funzionali.

### **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);
- in prospettiva, organizzazione dell'offerta, diretta e indiretta, in raccordo con la Direzione strategica aziendale che svolgerà questa azione per l'intero ambito di competenza, definendo volumi e qualità di prestazioni nonché attività dei soggetti erogatori interni ed esterni all'Azienda;
- 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 e del coinvolgimento dei suddetti professionisti nell'organizzazione complessiva dell'offerta distrettuale in coerenza con gli obiettivi di educazione e 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;
- valutazione dei risultati delle attività e degli esiti di salute.

### **Aspetti gestionali**

- Sviluppo delle attività della Commissione distrettuale per l'appropriatezza, quale strumento per il governo clinico;
- predisposizione, monitoraggio e analisi dell'andamento del budget di Distretto, inteso quale strumento per la definizione di livelli di consumo correlati a obiettivi di salute e appropriatezza delle prestazioni, tenendo conto di due funzioni fondamentali: la tutela della salute della popolazione di riferimento e la funzione di erogazione di servizi sanitari. Per la piena realizzazione del budget, è necessario predisporre un clima culturale e organizzativo favorevole, sviluppare sistemi informativi adeguati e potenziare le capacità di analisi e valutazione;
- adozione sistematica dello strumento degli accordi aziendali e valutazione dell'andamento degli stessi (medicina generale e pediatria di libera scelta);

- 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;
- collaborazione alla gestione del sistema degli incentivi del personale distrettuale, partecipando formalmente ai Comitati aziendali per la medicina convenzionata.

### 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 standardizzati e semplificati. Nel tempo il punto unico dovrebbe diventare il luogo dell'iniziale presa in carico, mediante una precisa e dettagliata definizione dei percorsi assistenziali;
- 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 che possano essere utilizzati anche in fase di pre-valutazione da singole figure professionali (ad esempio medico di medicina generale, infermiere, assistente sociale). Sarà inoltre necessario prevedere lo sviluppo di adeguate tecnologie informatiche di supporto e la progettazione del sistema informativo territoriale centrato sul cittadino, non sul servizio e sulle prestazioni;
- sviluppo e diffusione degli ambulatori infermieristici 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 assistenziali e garanzia della continuità delle cure (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;
- sostegno a progetti che promuovano l'integrazione delle attività dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, degli specialisti ambulatoriali e delle altre figure professionali nelle attività distrettuali, con particolare riferimento alla gestione e presa in carico del paziente cronico e a modelli organizzativi di interfaccia tra medicina del territorio e ospedale, favorendo quelle forme associative che siano coerenti con la logica dei percorsi assistenziali imperniati su integrazione e continuità assistenziale;
- elaborazione di un modello di assistenza sanitaria e sociale ai soggetti affetti da malattie croniche (*chronic care mode*) basato sull'infrastruttura (risorse della comunità, sistemi informativi, linee guida, servizi sanitari e sociali

integrati, medici di medicina generale) e sul sistema di erogazione dell'assistenza, modulata sulla base del livello di rischio clinico e del bisogno assistenziale dei pazienti;

- sperimentazione di forme di partecipazione e attivazione della comunità locale e di empowerment (cittadino competente);
- 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; la gestione del caso sulla base di un piano di assistenza predisposto e gestito, in maniera unitaria, da personale sociale e sanitario; la stesura di procedure e protocolli relativi alle diverse fasi della presa in carico; la formazione congiunta degli operatori; il monitoraggio e la verifica corrente dell'attività.

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.

Una serie di delibere successive è relativa ai criteri e alle modalità di riparto dei fondi di natura sociale, alcune delle quali riguardano anche gli ambiti di natura sociosanitaria.

Più recentemente il Decreto Del Presidente in Qualità di Commissario ad Acta n. 18 del 5 settembre 2008, "Approvazione della "Programmazione per l'integrazione sociosanitaria nella Regione Lazio" e delle "Linee guida per la stesura del Piano Attuativo Locale triennale 2008-2010", indica le priorità degli interventi e le modalità per la definizione delle risorse.

La programmazione condivisa e unificata con gli Enti locali della rete dei servizi sociosanitari integrati è essenziale per definire i bisogni reali, fondati su criteri epidemiologici ed espressi dalla popolazione di riferimento, le risposte adeguate e appropriate alle problematiche e l'utilizzo efficiente delle risorse disponibili evitando aree di sovrapposizione o di carenza assistenziale.

A tal fine 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, in cui sia indicato il ruolo della segreteria tecnica, i compiti e i vincoli rispetto alle azioni della rete sociosanitaria. Le indicazioni relative alle strategie di integrazione emerse dalla Conferenza regionale saranno riprese e attuate dalla Conferenza locale (ASL, Comuni/Municipi) attraverso gli strumenti programmatori del PAL, del Piano attuativo territoriale (PAT) e del Piano di zona (PdZ). A questo scopo si individua la necessità di definire un Piano metropolitano di Roma, secondo la legislazione vigente, al fine di integrare e coordinare le azioni dei PAL territoriali (ASL/Municipi).

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, costituite da professionalità sanitarie e sociali, in grado di garantire unitarietà nella fase di analisi della domanda, valutazione multidimensionale del caso, presa in carico, predisposizione del Piano individualizzato di assistenza, in una logica di personalizzazione degli interventi, continuità assistenziale e responsabilità sul conseguimento dei risultati di efficacia. La stessa struttura individua un operatore di riferimento che segue le diverse fasi attuative del piano assistenziale, facilitando l'apporto integrato delle figure professionali coinvolte;
- rafforzare la formazione finalizzata allo sviluppo di competenze che integrino le varie culture professionali;
- 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;

- diffondere l'informazione, anche attraverso la Carta dei servizi, sulle attività offerte in risposta a bisogni sociosanitari e sulle modalità di accesso e di fruizione dei servizi, promuovendo altresì una "cultura della salute".

### 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 3,8% 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. In media ogni 1.000 assistiti sono disponibili circa 9 medici, 11 infermieri, 5 fisioterapisti e 1 assistente sociale. 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.

Tra i vari servizi territoriali, l'Assistenza domiciliare integrata (ADI) è in assoluto 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 inoltre il servizio che meglio si coniuga con i concetti di integrazione sociosanitaria e continuità assistenziale. È una forma di assistenza infatti che presuppone una presa in carico globale della persona, con interventi di natura sociale e/o sanitari a intensità variabile in funzione della complessità dei bisogni rilevati, consentendole di rimanere il più a lungo possibile all'interno del proprio ambiente di vita, con una migliore qualità della stessa e a costi assistenziali contenuti. Proprio in funzione di tali peculiarità è necessario riqualificare i servizi ADI mediante le seguenti azioni: 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 indicato 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 di cura 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; 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 in corso di elaborazione da parte del Ministero della Salute. Infine, da quanto rilevato attraverso indagini ad hoc, l'offerta di assistenza domiciliare nella nostra regione continua a presentare forti disomogeneità territoriali sia in termini di quantità che di qualità delle prestazioni rese. Tale condizione



appare come 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. Si ribadisce infatti la necessità di definire con chiarezza i criteri di eleggibilità in ADI e di definire quali debbano essere i livelli assistenziali erogabili appropriatamente in questo setting e quali le relative garanzie organizzative. Il recente documento della Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA del Ministero della Salute ("Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio", ottobre 2006) offre alcuni strumenti per tale processo. In primo luogo 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, 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. Altresì, sempre nello stesso documento, vengono definiti quali sono i requisiti indispensabili per l'attivazione delle cure domiciliari e anche quali sono le condizioni organizzative irrinunciabili per un servizio di qualità: la valutazione globale dello stato funzionale del paziente attraverso sistemi di valutazione sperimentati e validati su ampia scala, standardizzati e in grado di produrre una sintesi delle condizioni cliniche, funzionali e sociali per l'elaborazione del PAI, permettendo, nel contempo, la definizione del case-mix individuale e di popolazione; 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, compresa l'assistenza protesica e farmaceutica. L'ADI, in rapporto alla complessità dei bisogni rilevati e al livello di intensità assistenziale richiesto, per essere un servizio in grado di svolgere pienamente la propria funzione, 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, soprattutto per la gestione dei soggetti con bisogni assistenziali complessi e ad alta intensità assistenziale (fatto salvo quanto già indicato nella sezione Cure intermedie), si debbono coinvolgere, a supporto del personale CAD, risorse professionali specialistiche afferenti all'area ospedaliera e della specialistica ambulatoriale territoriale attraverso una semplificazione delle procedure di accesso e/o utilizzando eventuali meccanismi incentivanti/disincentivanti resi disponibili dai contratti di categoria (ad esempio

indennità di risultato). 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, analogamente a quanto già avviene per alcuni farmaci da parte del servizio farmaceutico aziendale. Solo dopo aver privilegiato tali forme organizzative e ribadendo che i ruoli di committenza e di governo del processo di cura restano propri del CAD, è possibile affidare anche a soggetti privati, specializzati nel settore, l'erogazione parziale o totale delle prestazioni contenute nel PAI, avviando a livello regionale, a garanzia e sicurezza dei pazienti, i necessari processi di accreditamento e l'opportuna regolamentazione dei relativi accordi contrattuali. La Regione inoltre si impegna, nel triennio di vigenza del Piano, a mettere a punto, quale strumento per il governo delle cure domiciliari, uno specifico sistema informativo secondo un tracciato record omogeneo, come previsto dallo studio di fattibilità del Ministero della Salute.

### **3.d Cure intermedie (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 setting 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 tale contesto l'insieme delle cure intermedie, imperniato su strutture residenziali sotto il governo del Distretto, si pone come uno dei nodi chiave della rete dei servizi destinati a soggetti con problematiche assistenziali complesse e articolate, quali possono essere le persone in situazione di non autosufficienza più o meno grave. Affinché tale funzione possa essere compiutamente esercitata è necessario che sia realmente garantita la "continuità assistenziale", intesa come l'attivazione di specifici percorsi di cura attraverso l'adozione di opportuni strumenti di raccordo tra i diversi ambienti assistenziali, quali l'utilizzo della Valutazione multidimensionale (VMD) e la conseguente adozione di Piani assistenziali individualizzati (PAI) con la finalità di restituire alla persona le migliori condizioni di qualità di vita ottenibili anche facendo ricorso, laddove necessario, al case manager. 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, cure palliative), si sottolinea la necessità che ciascuna ASL garantisca – anche attraverso il ricorso a servizi centralizzati a livello aziendale per l'organizzazione delle cure (sul modello delle UO per la nutrizione artificiale) – percorsi di qualificazione professionale, strumenti di informazione, documentazione e

valutazione (Registri di patologia) e adeguate risorse professionali, tecnologiche e organizzative per fornire, privilegiando l'ambito domiciliare, risposte sicure e qualitativamente adeguate a tali bisogni.

### **PTP – UN MODELLO DA SPERIMENTARE**

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. La tipologia di assistenza erogata 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 uno snodo fondamentale della rete di assistenza territoriale. Il PTP, che nella sua funzione residenziale raccoglie le esperienze maturate sia a livello internazionale che nazionale (ospedali di comunità), assiste in regime residenziale 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 che sociale, essere adeguatamente trattati a domicilio.

### **Problemi**

I crescenti bisogni di salute espressi dalle persone affette da patologie cronico-degenerative e la conseguente necessità di sviluppo di *long term care* rispetto all'*acute care* non possono più trovare una risposta appropriata e adeguata nell'ospedale per acuti.

La fase di transizione, che investe attualmente la nostra regione, da un sistema centrato culturalmente e strutturalmente sull'ospedale ad un servizio sanitario maggiormente articolato ed equilibrato, in cui deve essere riservato al territorio uno spazio sempre più ampio, nel governo clinico e nella garanzia delle cure appropriate, e il Piano di rientro dal debito, che costituisce un pesante vincolo per il SSR, impongono una profonda revisione organizzativa e funzionale complessiva e un potenziamento del sistema delle cure primarie e intermedie. Luogo privilegiato di questa trasformazione è il Distretto, che dovrà sempre più essere in grado di farsi carico di quelle necessità assistenziali attualmente soddisfatte incompiutamente e impropriamente dalle strutture ospedaliere per acuti.

### **Risposte**

Il PTP, inteso quale spazio fisico riconoscibile e strumento operativo del Distretto, è caratterizzato tra l'altro dalla funzione di assistenza residenziale di natura medico-infermieristica in grado di offrire una risposta sanitaria alla popolazione, in integrazione con gli altri servizi territoriali e ospedalieri, a situazioni con valenza prevalentemente sanitaria relative a persone affette da patologie croniche, appartenenti a fasce deboli della popolazione. In particolare la degenza infermieristica presso il PTP potrà garantire ricoveri a tempo definito (15-20 gg max), assicurando, mediante l'elaborazione di piani assistenziali personalizzati, la presa in carico di:

- situazioni cliniche post-acute in fase di progressiva stabilizzazione;
- interventi diagnostici che necessitano di condizioni protette o di prolungata presenza;

- riacutizzazione di patologie cronic-degenerative.

Tali condizioni dovranno essere caratterizzate da una sostanziale stabilità clinica con una complessità assistenziale a medio alta intensità, necessitanti monitoraggio permanente in regime residenziale (ad esempio cambiamento terapia; fasi di scompenso non grave; fase post-dimissione in assenza di possibilità, temporanea o permanente, di adeguato supporto domiciliare).

Inoltre il PTP, nella sua articolazione più ampia (strutturale e/o funzionale), potrà integrare, secondo un'organizzazione modulare e flessibile, le funzioni specialistiche ambulatoriali, altre funzioni residenziali (nuclei RSA, Hospice), semiresidenziali (centri diurni), domiciliari (ADI) e potrà inoltre essere sede del Punto unico di accesso sociosanitario (anche con la presenza di assistenti sociali del Municipio/Comune).

Gli obiettivi principali che l'istituzione di questa nuova modalità di assistenza persegue sono riassumibili nei seguenti punti:

- riduzione dei ricoveri ospedalieri inappropriati fornendo un'alternativa di cura e assistenza per pazienti post acuti o per soggetti con patologie cronic-degenerative in fase di riacutizzazione;
- riduzione delle giornate di degenza ospedaliera inappropriate, attraverso il monitoraggio dello stato clinico generale dei pazienti con patologie cronic-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;
- limitazione degli 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;
- integrazione tra strutture ospedaliere e territoriali e la condivisione di risorse umane e tecnologiche.

Le funzioni del PTP possono essere così riassunte:

- direzione sanitaria esercitata da un dirigente medico di Distretto ad essa preposto;
- degenza nelle 24 ore (circa 10-30 posti letto), a gestione infermieristica (con presenza h 24) 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);
- Punto Unico di Accesso integrato con i servizi sociali dell'Ente Locale
- ambulatorio infermieristico e infermieristica di comunità
- specialistica ambulatoriale, con la presenza e reperibilità di medici ospedalieri e/o specialisti ambulatoriali organizzata sulle 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);
- distribuzione di farmaci, collegata al servizio farmaceutico aziendale;

- postazione 118 (o collegamento funzionale) e continuità assistenziale ;
- sistema informativo dedicato;
- collegamento in telemedicina con centri di riferimento.

Nel rispetto delle opportune garanzie assistenziali e di sicurezza per i pazienti, possono inoltre essere previste altre attività, tra cui l'assistenza in day hospital e day surgery, mentre elemento qualificante dovrà essere costituito dall'implementazione dell'attività di day service, tipologia assistenziale di significativa rilevanza all'interno dei percorsi assistenziali per gli stati clinici cronici/complessi.

Per quanto attiene agli attuali altri settori delle cure primarie, si sottolinea l'opportunità di favorire all'interno del PTP la collocazione delle medicine di gruppo quale componente fondamentale per garantire una più efficace, qualificata ed estesa tutela della salute dei cittadini, nonché forme di reale integrazione e interazione con gli altri servizi territoriali all'interno della nuova organizzazione distrettuale. Inoltre, presso la sede del PTP dovranno essere attivati, in funzione del fabbisogno espresso dalla popolazione di riferimento, nuclei di RSA e/o di Hospice. Oltre a queste funzioni prettamente sanitarie e sociosanitarie, nelle sedi che presentano caratteristiche strutturali adeguate, si indica di verificare la possibilità con l'Ente Locale di attivare alloggi protetti per soggetti fragili.

Il PTP dovrà rispettare i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dalla D.G.R. n. 424/2006 per l'ospedale di Comunità.

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, che opera in stretta collaborazione con un dirigente infermieristico. La responsabilità clinica del paziente è affidata 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 professionale 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.

L'ammissione alla struttura dovrà essere riservata a persone anagraficamente residenti in Comuni/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 che riguardo al potenziale carico assistenziale.

Da un punto di vista generale la popolazione target dei PTP è rappresentata da soggetti affetti da patologie cronicodegenerative 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 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.

Data la peculiarità della nostra regione, 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. Si ritiene appropriata, quale dotazione indicativa, la presenza di un PTP per ciascun Distretto.

Nel collegato Piano di "Riqualificazione della rete ospedaliera e potenziamento dell'offerta territoriale nella Regione Lazio" del 10 ottobre 2008 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 DGR 420/2007.

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.

Sarà inoltre necessario costruire e rendere operativo uno specifico sistema di indicatori per la valutazione dell'attività di queste strutture.

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

### **Problemi**

Le Residenze sanitarie assistenziali (RSA) sono state storicamente istituite 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 ultrasessantacinquenni, 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. Al 31 marzo 2007 complessivamente nella regione Lazio erano presenti 74 **Residenze sanitarie assistenziali (RSA)** per un numero complessivo di 5.140 posti letto, distribuiti su tre livelli di intensità assistenziale crescente (primo livello 6,38%, secondo livello 18,1%, terzo livello 75,6%). La distribuzione dell'offerta è estremamente disomogenea nelle diverse Aziende sanitarie della regione, variando da un minimo di 0,7 p.l. per 1.000 residenti ultrasessantacinquenni nella ASL RMC ad un massimo di 26,0 nella ASL RMF. Complessivamente il numero medio di posti letto per 1.000 residenti ultrasessantacinquenni è pari a 10,5, valore di molto inferiore allo standard indicato dalla normativa regionale (25 p.l. per 1.000 residenti ultrasessantacinquenni). 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 recente Decreto del Presidente in qualità di 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 (peraltro già prospettata dal documento finale della Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA sulle Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali del maggio 2007) 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.

## Risposte

Alla luce di quanto rilevato appare necessario avviare un processo complessivo di riqualificazione e riorganizzazione 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 cure intermedie soprattutto per le funzioni R2 ed R2D ed 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 quali la ASL RMA, la ASL RMC, la ASL di Rieti e la ASL di Latina. In tali ASL dovrà altresì essere assicurata 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.

In ultima analisi, la riqualificazione delle RSA è possibile solo garantendo l'adozione permanente dell'approccio valutativo continuo, la disponibilità effettiva dell'intera gamma di professionisti necessari ad assicurare le cure e i diversi interventi riabilitativi, una maggiore dinamicità e flessibilità assistenziale e un più efficace coinvolgimento della figura del MMG, al quale per legge è demandata la responsabilità di cura.

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 di strumenti di valutazione multidimensionale validati che offrano l'opportunità chiave di orientare l'ospite verso l'ambito assistenziale più appropriato in funzione dei bisogni assistenziali rilevati senza trascurare la necessità di definizione dei PAI, monitorarne l'attuazione attraverso valutazioni periodiche della qualità assistenziale nonché adeguate considerazioni di natura epidemiologica ed economica, anche mediante la registrazione dei dati di interesse in un sistema informativo. A tale scopo, facendo esperienza del progetto Mattoni del SSN sulla residenzialità, si è avviata la sperimentazione di un



sistema informativo dedicato, da implementare progressivamente in tutte le strutture residenziali entro il primo anno di vigenza del Piano, adottando un idoneo strumento per la valutazione del case-mix assistenziale (*Resource utilization groups* – RUG), come previsto dalla D.G.R. 40/2008.

### **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 cure palliative (soprattutto ammalati di tumore), 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 alle cure con le modalità che ritiene possibili e sostenibili. L'Hospice costituisce un'alternativa alle cure domiciliari allorché questa soluzione non sia praticabile.

Nella nostra regione operano 13 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).

### **Problemi**

La qualità della vita nelle persone con una malattia in fase terminale è fortemente correlata con la possibilità di accedere alle cure palliative, siano esse erogate a domicilio o in strutture dedicate. La nostra regione 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. Infine l'attuale normativa vigente a livello regionale (D.G.R. n. 315 dell'11 aprile 2003) necessita di un'approfondita valutazione di congruità.

### **Risposte**

In primo luogo è necessario promuovere un approccio olistico alla definizione del modello assistenziale, che deve essere fondato sulla valutazione transdisciplinare, 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.

I posti residenziali attualmente disponibili in Hospice sono 216 rispetto ad un fabbisogno stimato di 274. Ciascuna ASL dovrà pertanto 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, come già accennato, in questo specifico settore è opportuno verificare la congruità di quanto attualmente previsto dalla normativa regionale vigente (D.G.R. n. 315 dell'11 aprile 2003), che riconosce la possibilità di assistere fino a 3 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, RMC, 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 riformulato il modello di remunerazione sperimentale tuttora applicato, che prevede una tariffa unica indipendente dalle necessità assistenziali dei pazienti; tale tariffa peraltro non è modificabile in relazione alla tipologia di assistenza erogata (domiciliare, residenziale). 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.

### 3.e Infermiere di comunità

#### Problemi

L'approccio prevalente alle cure, 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, deresponsabilizzandolo relativamente alla gestione del proprio patrimonio di salute. L'enfasi è posta sull'offerta di servizi anziché sull'accoglienza e verifica della domanda. In particolare, il modello prestazionale è caratterizzato dal riduzionismo tecnico della funzione assistenziale; dalla sovrapposizione di più operatori nella gestione dello stesso utente (non è presente la figura del case manager, previsto dalla D.G.R. 19 giugno 2007, n. 433<sup>4</sup>);

---

<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* //concorso di professionalità sanitarie e sociali per affrontare i bisogni complessi").

<sup>4</sup> "Aspetti organizzativi e funzionali:

dall'erogazione di prestazioni di base, non avanzate; da una valenza tecnico-specialistica più che relazionale; da un'offerta assistenziale standardizzata e non modulata sulle esigenze dell'assistito; dalla scarsa conoscenza dei bisogni della comunità e delle risorse potenziali della stessa; dall'assenza di strategie di empowerment; da una carente integrazione con il sociale.

L'utente, in questo modello, non instaura un rapporto di fiducia con l'operatore, si pone in un atteggiamento di non responsabilità, non è coinvolto in una relazione valorizzante le dinamiche psicosociali<sup>5</sup>.

Il modello prestazionale favorisce inoltre un'elevata richiesta di istituzionalizzazione (ricoveri ospedalieri e ingressi in strutture protette) e conduce ad una scarsa integrazione fra ospedale e territorio e tra ambito sanitario e sociale. Tale modello infine evidenzia dei limiti anche in ordine ad un preciso volere del legislatore che individuava nell'infermiere, ai sensi del D.M. 14 settembre 1994, n. 739, la figura di sintesi e di coordinamento delle attività.

Si pone il problema cruciale del recupero di spazi di integrazione e coordinamento, derivante dalla segmentazione delle competenze: poiché risulta impossibile concentrare nel singolo professionista tutto il sapere teorico-pratico che caratterizza una disciplina sanitaria, si viene a creare 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. Inoltre facilita il raggiungimento del mandato che deriva alla professione infermieristica dalla sopra citata L. 251/00: la personalizzazione dell'assistenza.

L'attivazione a livello distrettuale di un servizio di assistenza infermieristica a livello di comunità, intesa come un insieme di soggetti che condividono aspetti significativi della propria vita e che perciò sono in un rapporto di interdipendenza, sviluppano un senso di appartenenza e possono intrattenere tra loro relazioni fiduciarie, 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;

- 
- PUA;
  - unità funzionali di prevalutazione (strumenti di VM standardizzati e semplificati);
  - sviluppo di tecnologie informatiche;
  - attivazione sperimentale dell'infermieristica di comunità (case management)".

<sup>5</sup> Linee guida del Ministero della Salute del 14 luglio 2007: "Le procedure di VMD non rilevano soltanto la complessità dei bisogni di un individuo, ma anche la consistenza delle risorse (personali, relazionali ed economiche) che lo stesso è in grado di mobilitare per gestire la sua situazione psico-fisica".

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

In particolare, perché il case management possa essere completo e appropriato è opportuno prevedere figure infermieristiche in grado di fungere da riferimento per assistiti che presentano bisogni specifici, quali le persone disabili.

Il *disability manager* avrebbe il compito di coordinare l'intervento degli specialisti deputati all'assistenza di chi vive la condizione di disabilità, temporanea o meno, valutandone i bisogni sociosanitari con strumenti ad hoc.

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, svolgente 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 assumerà un ruolo cardine 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. Particolare attenzione andrà quindi rivolta allo sviluppo delle sue capacità di comunicazione: l'infermiere di comunità dovrà saper comuni-*care*, ossia curare la propria comunicazione con l'assistito, interiorizzando le competenze richieste che si traducono non solo nel dare l'informazione corretta, ma anche nell'entrare in relazione empatica con il proprio interlocutore in una logica di feedback emessi e ricevuti. Nella comunicazione efficace le informazioni che si trasmettono devono:

- essere supportate dall'evidenza scientifica, anche per esercitare un'azione di contrasto verso le informazioni scorrette e i luoghi comuni diffusi da fonti non autorevoli;
- essere adattate alle caratteristiche del gruppo di popolazione cui ci si rivolge;
- rivestire una valenza educativa e formativa in grado di attivare nell'individuo il cambiamento positivo, attraverso il *self-empowerment*.

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.

Un'attenzione particolare deve essere volta all'incremento delle conoscenze in termini di evidenze scientifiche e in materia di abilità comunicative, includendo tra gli obiettivi dei piani di formazione:

1. il trasferimento delle evidenze scientifiche più recenti riguardanti gli effetti di uno stile di vita consapevole sulla protezione dalle patologie croniche a più alta morbilità e mortalità e sulla più generale promozione della salute, secondo quanto previsto dal Programma interministeriale "Guadagnare salute";
2. fungere da esempio nell'adozione di stili di vita salutari, aumentando così la credibilità e la motivazione del professionista nei confronti del proprio assistito;
3. lo sviluppo di abilità di *counselling* e di supporto all'empowerment dell'assistito.

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.

Inoltre, dovrà essere prevista la realizzazione di un sistema informativo territoriale di supporto, che consenta la deframmentazione delle informazioni sull'utente e la ricomposizione delle stesse, nonché un efficiente scambio di dati tra i vari punti della rete assistenziale e di cura. Tale sistema informativo costituirà anche la base delle attività di valutazione degli esiti dell'assistenza e potrà favorire iniziative di ricerca e valutazione in ambito assistenziale.

Infine va considerato come a fronte di un quadro, demografico ed epidemiologico, la cui evoluzione porta a bisogni sempre più complessi, sia necessario favorire un'impostazione culturale e organizzativa che ridisegni il ruolo dei professionisti sanitari come "incrementatori" dell'autonomia dei soggetti, come promotori di una capacità di far fronte ai propri problemi di salute. L'infermieristica sta sviluppando approcci teorico-pratici sempre più orientati ai concetti di *self help* e *self care*. Anche questi approcci, fondati su un principio di attività di supporto individuale, richiedono significative trasformazioni nell'organizzazione dei servizi territoriali, nei servizi domiciliari in particolare e di comunità in generale.

Anche la diffusione degli ambulatori infermieristici può divenire pertanto un nodo strategico del sistema delle cure primarie. Essi, operando in stretta connessione funzionale con i MMG, consentono il monitoraggio e la gestione dei soggetti con patologie cronic degenerative, oltre a fornire risposte assistenziali adeguate nei confronti di eventi acuti. Inoltre, questo setting assistenziale costituisce uno dei luoghi privilegiati per lo sviluppo di un approccio di iniziativa (proattivo), tendente a superare l'attuale modello basato sull'attesa.

Prevedono la "presa in carico" della persona attraverso la valutazione del bisogno di assistenza, l'uso di metodologie e strumenti di pianificazione per obiettivi e di adeguati strumenti informativi. Assolvono alla funzione dell'infermieristica in ambito comunitario, in un ottica di multidisciplinarietà; essi si integrano nei processi distrettuali e, qualora i bisogni dell'assistito richiedono una forte integrazione sociosanitaria, prevedono l'utilizzo di metodologie per la Valutazione Multi Dimensionale (VMD), contribuendo alla stesura del Piano Assistenziale Individuale (PAI).

### 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 cronic-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 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 nostra regione 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 né ampiamente diffuse 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 delle cure 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 credibile 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 della Salute 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. Viene a configurarsi in tal modo un nuovo modello di cure primarie, 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.). Ad esempio, attualmente non vi è un fondo distinto per l'assistenza domiciliare e ciò rende laboriosa la determinazione della quota di finanziamento ad essa dedicata. Diviene pertanto prioritario un intervento volto alla costituzione di un finanziamento distinto e alla definizione dei criteri di eleggibilità degli assistiti, dei livelli di assistenza erogabili e della formalizzazione della struttura organizzativa dedicata a questa tipologia di assistenza.

Rilevante risulta essere anche il tema dell'educazione continua in medicina, che, sempre nell'ottica del lavoro di rete, sarebbe auspicabile che il MMG affrontasse in condivisione con gli altri attori coinvolti nella gestione dei pazienti (infermieri, fisioterapisti, medici specialisti, farmacisti ecc.).

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 e gli obiettivi stabiliti dalla programmazione sanitaria, attraverso la promozione di interventi basati sulle prove di efficacia.

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 anche con il superamento del rapporto convenzionale.

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.

Al 31 dicembre 2006 risultavano convenzionati con il SSR 765 PLS. 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 ed il 2% nella classe 14-16 anni. Rispetto alle tipologia di organizzazione dello studio, il 20% dei PLS aveva scelto la modalità associativa, l'11% la modalità di gruppo (di questi il 57,5% era rappresentato da due PLS) ed il rimanente 69% quella singola. I PLS con Personal Computer rappresentavano circa la metà (48,8%) del totale.

### **Problemi**

Lo sviluppo delle condizioni sociali e i progressi raggiunti nelle cure pediatriche 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 soprattutto 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 ridotta di bambini e adolescenti, ma che richiedono elevati standard di qualità di cure, continuità assistenziale e integrazione sociosanitaria, fattori per i quali l'attività del PLS è determinante; alla continuità assistenziale, soprattutto per quelle condizioni di salute che accedono impropriamente ai servizi di emergenza-urgenza e di ricovero ospedalieri.

### **Risposte (vedi anche Allegato F "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 la 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 circoscritta.

#### 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 capitolo 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 hanno 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 relega 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 della Salute-CCM pongono quali priorità.

Tali linee andranno sviluppate con una forte integrazione con altri servizi ospedalieri e distrettuali:

- diabete;
- obesità;
- malattie cardiovascolari;
- tumori della mammella, della cervice uterina e del colon-retto.

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:

- fumo di tabacco;
- infortuni stradali;
- infortuni sul lavoro;
- incidenti domestici.

A fianco di attività consuete:

- 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 della RME 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.

### 3.i Tutela della salute mentale e riabilitazione in età evolutiva (TSMREE)

Gli interventi per la tutela della salute mentale e la riabilitazione in età evolutiva 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 TSMREE 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.

Alla fine del 2007 risultavano operanti sul territorio regionale 101 servizi per la **Tutela della salute mentale e riabilitazione in età evolutiva** (TSMREE). 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%). Sono dedicati all'età evolutiva anche 4 reparti di Neuropsichiatria infantile (NPI) in regime di degenza ordinaria con 30 p.l. e 9 DH con 92 p.l.. 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.

### **Problema**

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.

### **Risposta**

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 per le patologie ad alto impatto sociale e alta complessità clinico-organizzativa. Definizione di protocolli operativi fra operatori dei servizi territoriali e ospedalieri di Neuropsichiatria infantile, e 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).

### **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.

### **Problema**

La rete sanitaria specialistica 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 programmi formativi per gli operatori dei servizi TSMREE orientati a: migliorare le capacità di riconoscimento precoce di segni di disagio psicopatologico e, primariamente, all'attivazione di interventi preventivi e alternativi al ricovero, in stretto raccordo con gli altri servizi sanitari e sociali; riduzione del rischio di ricoveri impropri o di degenze protratte, sviluppo della modalità di dimissione protetta. Realizzazione di spazi di degenza 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.

## **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').

Attualmente non sono disponibili dati relativi alle persone che accedono ai servizi per altre forme di abuso e/o dipendenza.

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.

Negli anni '90 i servizi fornivano assistenza quasi esclusivamente alle persone dipendenti da eroina. Negli ultimi anni, sebbene l'eroina rimanga la principale sostanza d'abuso per oltre l'80% degli utenti dei SerT del Lazio, sono aumentate le persone che richiedono assistenza per abuso o dipendenza da cocaina (in particolare tra i nuovi utenti la percentuale di assuntori di cocaina raggiunge il 30%) o per uso contemporaneo di più sostanze associato in molti casi ad alcol e farmaci. Si è anche modificata in maniera significativa la modalità di accesso ai servizi che, in un'alta percentuale, soprattutto tra i nuovi utenti avviene come esito di una segnalazione delle forze dell'ordine. 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 della Salute.



## 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 Consulori 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 sono presenti 164 consultori familiari (fonte: Indagine conoscitiva sui Consultori Familiari condotta dall'Assessorato alla Sanità nel settembre 2006) per una popolazione di 5.493.308 residenti, 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 2006 i consultori familiari sono stati analizzati in base al requisito

“adeguata apertura del servizio” e “presenza dell’équipe”: 64 raggiungono entrambi i requisiti, con i valori più elevati in due ASL dell’area di Roma, a indicare una buona accessibilità del servizio. Distinguendo poi fra i due requisiti, 121 consultori risultano adeguati per “apertura del servizio” e 42 per “presenza dell’équipe”, con valori variabili fra le diverse ASL. Per quanto riguarda le attività consultoriali è emerso che 123 consultori effettuano consulenze e visite ginecologiche, 103 consulenze e visite ostetriche, 109 corsi di preparazione alla nascita e 68 consulenze e visite pediatriche.

### **Problemi**

I 164 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;
- 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 Le attività di diagnostica di laboratorio

La legge 27 dicembre 2006, n. 296 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)" richiama le Regioni a riorganizzare la rete delle strutture pubbliche e private eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio, partendo dalla considerazione che le metodiche automatizzate oggi disponibili permettono di aumentare la produttività dei servizi, diminuendo i tempi di esecuzione delle indagini e garantendo inoltre una maggiore sicurezza nell'esecuzione delle procedure, in quanto riducono il rischio di errore insito nelle procedure manuali.

L'automazione delle prestazioni diagnostiche ha quindi un impatto in termini gestionali e organizzativi di cui si deve tener conto nei processi di razionalizzazione della diagnostica di laboratorio, senza dimenticare però che le prestazioni di laboratorio costituiscono il "prodotto" di una disciplina come la medicina di laboratorio (costituita da varie sub-discipline quali la biochimica clinica, ematologia, immunologia, microbiologia clinica ecc.), che non si limita alla fase analitica ma si prende cura di tutto il ciclo dell'esame di laboratorio, dall'appropriatezza della richiesta fino all'interpretazione dei risultati. La Regione Lazio con la Delibera n. 418 del 12 giugno 2007 ha 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 Delibera 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 specifiche linee guida del Ministero della Salute e 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 prevede l'articolazione delle strutture accreditate di medicina di laboratorio in una rete integrata ospedale-territorio a livello di ciascuna Azienda, secondo diversi livelli di complessità e contestuali assetti tecnologici e organizzativi.

Le principali linee strategiche di riqualificazione e razionalizzazione contenute nel piano prevedono:

- 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, entro il 2008, del network regionale delle attività di laboratorio che prevede modalità operative integrate dell'insieme dei laboratori accreditati della regione, ferma restando la specificità aziendale di afferenza;
- 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'accREDITamento istituzionale quale unico strumento in grado di selezionare gli erogatori idonei per la successiva fase di stipula degli specifici accordi contrattuali, a partire dal 1 gennaio 2008. Tali progetti devono tendere al graduale superamento dell'attuale articolazione, caratterizzata da un numero troppo elevato di centri, 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 di un numero minimo di 12 strutture, e nell'area privata quanti fra gli attuali 373 erogatori risulteranno al di sotto degli standard di accREDITamento definiti; 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 presente 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 compreso tra 500.000 e 750.000 esami/anno (con eccezioni motivate per laboratori di ospedali operanti in aree con peculiari caratteristiche oro-geografiche), 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 (es. sicurezza trasfusionale, farmacotossicologia ecc.);
- 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 è 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. Saranno previsti a tale proposito l'automazione delle fasi preanalitiche, analitiche e post-analitiche e l'utilizzo di sistemi che consentano la gestione unitaria routine-urgenza;
- 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;
- la promozione da parte delle Aziende dello sviluppo e della diffusione di linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici (es. diagnostica delle patologie oncologiche, delle patologie da infezione, dell'IMA, delle Tireopatie, della Celiachia e altre tratte da linee guida emanate dalle Società scientifiche ecc.), definendo e applicando sistemi di valutazione di ricaduta sugli outcome clinici.

### 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 che 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 una pleora 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.

La specialistica ambulatoriale può peraltro costituire un modello di integrazione tra ospedale e territorio necessario per garantire continuità assistenziale e risposte tempestive ed efficaci ai bisogni di salute della popolazione.

Appare pertanto necessario 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.

#### Problemi

Le principali criticità da superare per la realizzazione di tale modello possono essere individuate nei seguenti punti:

- erogazione di prestazioni a minore contenuto tecnologico in strutture con elevato grado di complessità organizzativa;
- erogazione di prestazioni clinicamente inappropriate;
- tardivo aggiornamento e mancata manutenzione del Nomenclatore tariffario regionale;
- disomogeneità nell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- mancanza di controlli sistematici su congruità e appropriatezza delle prestazioni erogate.

#### Risposte

##### *Potenziamento e modulazione delle prestazioni ambulatoriali secondo livelli di complessità*

Per quanto riguarda il primo elemento di criticità 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.

In aggiunta alle prestazioni già individuate con la D.G.R. n. 922 del 12 dicembre 2006 (vedi Day service, Parte III – cap. 4.b6) è necessario definire ulteriori prestazioni, per le quali vi sia evidenza di un più appropriato regime di erogazione in sede di specialistica ambulatoriale, anche attraverso la definizione di Accorpamenti di prestazioni ambulatoriali (APA) e/o Pacchetti ambulatoriali complessi (PAC), estendendo questi ultimi anche nell'ambito dei servizi territoriali.

Parallelamente allo sviluppo della modalità assistenziale Day service attraverso l'erogazione dei PAC, in accordo alle medesime disposizioni normative di potenziamento e programmazione dell'assistenza ambulatoriale, la costante ricerca di percorsi assistenziali che garantiscono una maggiore efficienza nell'uso delle risorse attraverso un riassetto organizzativo dell'assistenza sanitaria ha permesso di individuare ulteriori settori di attività, prevalentemente chirurgica, che è possibile trasferire al regime ambulatoriale come Accorpamenti di prestazioni ambulatoriali (APA). La combinazione delle caratteristiche patologiche e delle tecniche chirurgiche permette di trasferire una cospicua parte di attività a livello ambulatoriale ove può essere garantita ed erogata sia sotto il profilo clinico che organizzativo e amministrativo.

Inoltre devono essere 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, 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.

Infine 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.

#### *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 linee guida o indicazioni cliniche che indirizzino i comportamenti professionali verso una maggiore appropriatezza nel ricorso a specifiche procedure e interventi.

Sarà quindi sviluppata l'elaborazione di linee guida che prevedano l'identificazione di indicazioni cliniche appropriate, sulla base delle conoscenze scientifiche disponibili, per specifiche prestazioni, esplicitando quando possibile i desiderabili tempi di erogazione.

#### *Monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali*

Il recente documento della Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA del Ministero della Salute riporta un aggiornamento del nomenclatore prevedendo l'inserimento di nuove prestazioni specialistiche ambulatoriali erogabili a carico del SSN. Tale revisione (se ufficializzata) 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 un'omogeneizzazione delle prestazioni erogabili dal 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 definire criteri di priorità clinica per cercare di intercettare il reale bisogno di prestazioni e incrementarne il livello di appropriatezza, tempestività e sicurezza.

Devono essere inoltre definite delle classi di accesso sulla base sia della gravità della patologia che delle caratteristiche sociosanitarie dell'assistito e strutturato un elenco delle prestazioni erogabili secondo i criteri definiti.

#### *Definizione di linee guida per un sistema di controlli esterni*

L'elaborazione di linee guida per un sistema di controlli esterni sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale consentirebbe, attraverso l'armonizzazione delle attività di controllo delle ASL regionali, il perseguimento degli obiettivi di verifica della congruità e appropriatezza delle prestazioni erogate.

In particolare è necessario attuare modalità di controllo sul rispetto delle norme vigenti in merito alla prescrivibilità, erogabilità e fruibilità delle prestazioni di specialistica ambulatoriale rispettivamente da parte di medici prescrittori, soggetti erogatori e cittadini.

L'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni potrà essere valutata attuando quanto disposto dalla D.G.R. n. 1455 dell'8 novembre 2002 "Aggiornamento del Sistema Informativo dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale (SIAS)", che per i soggetti erogatori prevede l'obbligo della trasmissione del determinante clinico limitatamente alle prestazioni critiche regionali.

### **3.n Veterinaria**

#### **Quadro di riferimento**

Alla Sanità pubblica veterinaria spettano compiti complessi e articolati che sinteticamente si possono riassumere 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 e 900.000 ovicapri distribuiti in quasi 7.000 aziende rappresenta sicuramente una delle realtà zootecniche più rilevanti dell'Italia centro-meridionale; a ciò si aggiunge il vasto bacino di consumo di alimenti rappresentato da una regione con più di 5.000.000 di abitanti e, peraltro, meta turistica indubbiamente significativa.

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 ad 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. Che si tratti di ormoni, di antibiotici, di crisi BSE o 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 propaghino 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 come 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 SSN e rappresentati ai diversi livelli di governo: Ministero della Salute, Regione, ASL e Istituto zooprofilattico sperimentale (IZS), 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 europea 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 *Hazard analysis critical control points* (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. 882/04 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. 854/04 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.

### 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. Di seguito si elencano alcune azioni che si intendono intraprendere per perseguire tale strategia:

- 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), 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, l'attivazione delle strutture di raccordo previste dalla D.G.R. n. 877 del 18 dicembre 2006 e un'adeguata organizzazione dei Servizi a livello di ASL;
- 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 e 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 ASL, 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;
- perseguire il raggiungimento della qualifica sanitaria di territori indenni per Brucellosi, bovina e ovicaprina, Tubercolosi e 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.

## 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 i riduzionistici aspetti tecnico-operativi legati al processo di cura. 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 del processo di cura.

Il punto di vista dei cittadini è un elemento fondamentale nel processo di miglioramento della qualità dei servizi assistenziali. Proprio la rilevanza che gli utenti attribuiscono alla dimensione del "prendersi cura" spiega l'alto apprezzamento dato a tutti quei segni di attenzione, premura, empatia, rispetto, solidarietà che i pazienti 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 dell'ammalato (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 paziente rappresenta una componente determinante del buon esito del trattamento, nonché un elemento essenziale del processo di cura, della presa in carico.

## Le iniziative

Le iniziative tese a umanizzare gli ospedali saranno orientate al rispetto dei valori soggettivi del paziente, 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 cura, in particolare dopo le procedure invasive e gli interventi chirurgici, sino all’entrata senza limitazioni durante le ore diurne;
- 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. Questo tema assume rilevanza critica per quanto riguarda i pazienti oncologici e i pazienti in età pediatrica. Si prevede al riguardo l’adozione di specifiche linee guida e la formazione del personale;
- la comunicazione tra gli operatori sanitari e i pazienti oncologici 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 dei pazienti 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.

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 utenti, 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 non solo assicurare 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 31 dicembre 2007 risultavano attive 109 strutture di ricovero per acuti che erogavano assistenza a carico del SSR: 50 presidi ASL, 7 ospedali classificati, 38 case di cura accreditate, 4 Aziende ospedaliere, 4 Policlinici universitari, 6 IRCCS (incluso l’IRCCS Bambino Gesù a sede extraterritoriale). In totale 21.856 posti letto (di cui 771

dell'IRCCS Bambino Gesù)<sup>6</sup>, il 15% dei quali appartenenti a case di cura private; L'indice per 1.000 abitanti è risultato pari a 4 (target regionale prefissato dal Piano di Rientro: 3,5). L'offerta dell'alta specialità, inoltre, risulta concentrata tutta nell'area metropolitana romana, così come la gran parte della terapia intensiva.

Nel 2007 Il numero complessivo di dimissioni per acuti è stato di 1.097.083, di cui il 34.3% in day hospital, il numero di giornate di degenza ordinaria è risultato di 5.289.051 con una degenza media di 7.3 giorni.

Nel 2006, le giornate di degenza ordinaria per acuti per mille abitanti/anno, erogate dal SSR del Lazio, sono risultate 1.094, 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>7</sup>.

Particolarmente elevata, inoltre, è risultata la degenza media preintervento dei ricoveri ordinari chirurgici del Lazio (3,6 vs 2,0 nelle Regioni non in disavanzo)<sup>8</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).

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), ad un sovraffollamento in area medica e ad un improprio utilizzo dell'area chirurgica.

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 pazienti a bassa 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 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.

---

<sup>6</sup> Dati NSIS 1/1/2008

<sup>7</sup> Elaborazione dati KPMG.

<sup>8</sup> Elaborazione dati KPMG.

Si evidenzia infine la persistente difficoltà per i poli ospedalieri di garantire una funzione di base 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 del paziente 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**

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, ha previsto un'ampia manovra di riconversione al fine di dimensionare entro il 2009 la rete ospedaliera regionale rispetto alla popolazione residente 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) e per ricondurla ad un utilizzo maggiormente appropriato.

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 le cure di bassa e 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 bassa 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 cliniche 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 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 già programmato, ed in parte attuato, una serie di misure di razionalizzazione della rete ospedaliera, attraverso le manovre previste da

- Piano di Rientro
- Decreto 25/08
- Piano di riqualificazione della rete ospedaliera e potenziamento dell'offerta territoriale (documento collegato al presente Piano Sanitario).

con la definizione delle caratteristiche e delle 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, i quali consentiranno di raggiungere una dotazione di posti letto regionale coerente con l'indice prescritto del numero di posti letto per abitante e con effetto indiretto sul prescritto tasso di ospedalizzazione.

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.

#### **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 sul paziente, 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.

Da un punto di vista operativo il concetto di rete ha il vantaggio di stabilire sinergici collegamenti tra i vari operatori sanitari che, basandosi su crescenti livelli di complessità e non su criteri gerarchici, favorisce le dinamiche di integrazione e di cooperazione che sono fondamentali per il processo di miglioramento continuo della performance delle cure. Relativamente alla rete ospedaliera, il modello di riferimento è quello denominato "hub and spoke", caratterizzato dalla concentrazione dell'assistenza ad 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 monospecialistico, 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 radiochirurgici, 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 gli MMG, le RSA, ADI, hospice ecc.;
- un'organizzazione delle degenze articolata in due blocchi: uno tecnologicamente avanzato destinato alle degenze con elevata richiesta di assistenza "high care" e l'altro, dotato di elevato standard di comfort alberghiero, riservato alla degenza e alla convalescenza "low care". Il percorso diagnostico assistenziale previsto per i pazienti consiste in una degenza breve, ad alto costo nel primo settore, per il tempo strettamente necessario per la stabilizzazione del quadro clinico o per un intervento chirurgico. Dopo questa fase, che consente un turn-over rapido su posti letti ad alto costo, il paziente verrà trasferito nel secondo settore dove rimarrà, con costi assistenziali più bassi, in osservazione per tutto il tempo necessario.

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 DGR 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.

In particolare nelle 26 strutture, pari a circa un quarto dell'offerta regionale, in cui la quota di ricoveri con DRG di alta specialità supera il 5% del totale della struttura, si concentra il 68% di tutta l'attività di alta specialità del Lazio. Emerge

dunque, di fatto, una suddivisione già in essere tra un gruppo di ospedali, prevalentemente Aziende ospedaliere e Policlinici universitari, 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 assurgere 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.

La riconfigurazione delle reti assistenziali e la collaborazione tra ospedali dovrà così assicurare che il pubblico abbia accesso ad un ampio ventaglio di servizi specialistici variamente localizzati.

Si ritiene inoltre che una reale integrazione dei servizi si sviluppi, verso l'alto, a partire dalla buona pratica clinica e dall'innovazione piuttosto che, verso il basso, dalle strutture organizzative, e che i modelli assistenziali debbano riflettere con flessibilità le condizioni locali evitando di applicare uniformi, pedissequae soluzioni. In quest'ottica, gli ospedali locali dovranno essere parte di reti finalizzate a erogare ai pazienti assistenza di qualità tanto più possibile a livello locale e conveniente per il paziente.

Lo sviluppo di reti specialistiche tra ospedali non dovrà avvenire a scapito della necessaria integrazione dei servizi di cura all'interno del singolo ospedale, che potrà rispondere sperimentalmente all'approccio organizzativo per complessità di cura – cui questo Piano fa altrove riferimento.

Con la D.G.R. n. 420 del 12 giugno 2007 la Regione ha predisposto i seguenti modelli di rete assistenziale per funzioni di rilievo regionale:

- *Rete per assistenza all'ictus cerebrale acuto,*
- *Rete integrata per l'assistenza al trauma grave e neurotrauma*
- *Rete dell'Emergenza cardiologia*
- *Rete dell'Emergenza*
- *Rete oncologica*

Nella specifica situazione del Lazio oggi, in cui il Piano di Rientro ha mutato il quadro dell'offerta dei servizi ospedalieri, è evidente che la costruzione e l'organizzazione delle reti, dovrà procedere oltre a quanto già deliberato riallineando l'insieme delle strutture di ricovero secondo logiche razionali di assistenza. Questo significa che il processo messo in moto è dinamico e comporterà variazioni successive anche di attribuzioni di funzioni e di livelli, perché il nuovo assetto dei servizi sanitari sia bilanciato rispetto alle necessità di salute della popolazione. In pratica le reti di alta specialità ed altre reti non ancora oggetto di Deliberazione da parte della Regione dovranno tener conto di indici di necessità di posti letto per unità di popolazione, ed altre variabili geografiche demografiche e sociali. I posti letto non dovranno essere definiti genericamente, bensì organizzati in reti, seguendo le esigenze dettate dall'organizzazione della rete stessa, e profilati per livello di complessità. Occorrerà in base al nuovo assetto anche ridefinire i percorsi dell'emergenza-urgenza.

L'attività di riorganizzazione di ciascuna rete prevede lo sviluppo delle seguenti fasi:

- analisi del territorio (orografia e viabilità);
- dotazione di risorse assistenziali in termini di reparti, posti letto e loro distribuzione;
- valutazione dell'assistenza erogata in termini di appropriatezza, efficienza ed esito;
- stima del fabbisogno della popolazione e analisi della fuga;
- stima della discrepanza tra dotazione effettiva di risorse e dotazione ottimale;
- definizione degli elementi della rete (centri di riferimento e centri periferici; bacini d'utenza) e identificazione dei centri e dei percorsi organizzativo-assistenziali nell'ambito della rete per attivare le relazioni funzionali tra i servizi, in modo che i centri spoke abbiano canali di comunicazione stabili e continuativi con i centri hub di riferimento;
- implementazione della rete.

È necessario che le diverse opzioni relative ai piani di organizzazione siano discusse e condivise con gli operatori, anche attraverso *consensus meeting*, e previamente sottoposte a sperimentazione che includa la misurazione di impatto sulla performance clinica (mediante indicatori di esito, come ad esempio: mortalità intraospedaliera con *risk adjustment*) e sull'efficienza delle relazioni funzionali (mediante indicatori di processo, come ad esempio: percentuale di pazienti inviati tempestivamente – entro 24 ore – da un centro spoke al relativo centro hub in un determinato periodo temporale).

#### 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.

Nel Lazio, le fasi di allarme e di risposta territoriale sono istituzionalmente rappresentate dall'Azienda Sanitaria Regionale del Sistema 118 (ARES 118) e sono organizzate in una centrale operativa regionale, una di Roma città e una di Roma provincia, quattro centrali operative che coprono il territorio delle province di Rieti, Latina, Frosinone, Viterbo; 117 postazioni di soccorso dislocate su tutto territorio regionale; 150 mezzi di soccorso.

La fase di risposta ospedaliera è costituita (dati 2007) da 60 PS/DEA, di cui 4 PS/DEA specialistici (1 pediatrico, 1 oftalmico, 1 odontoiatrico, 1 ortopedico), 31 PS generali, 18 DEA di I livello, 7 DEA di II livello. Il 79% delle strutture erogatrici sono pubbliche, il 15% 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) 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.

In particolare, ai sensi della D.G.R. n. 4238/97, i mezzi di soccorso 118 senza medico a bordo sono tenuti al trasporto all'ospedale più vicino, mentre i mezzi con medico a bordo al trattamento e/o al trasporto presso la struttura assistenziale più adeguata. I PS e i DEA I sono tenuti al trattamento dei pazienti e al loro eventuale trasferimento alla struttura di emergenza di complessità superiore (DEA II) competente per territorio, indipendentemente dalla specifica patologia dell'assistito. La D.G.R. n. 1729 del 20 dicembre 2002 regola il trasferimento del paziente critico nella rete dell'emergenza in continuità di soccorso mediante protocolli operativi.

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%. Nel 2007 sono stati registrati 2.098.878 accessi nei PS (97,4% di residenti nel Lazio).

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 (36.194 accessi per struttura con PS generale).

Oltre il 99% degli accessi viene classificato in accordo alla procedura di triage secondo quattro codici di urgenza: rosso (0,9%), giallo (14,4%), verde (72%), bianco (12,2%). Risulta evidente come una quota elevata di accessi sia rappresentata da casi con urgenza differibile o addirittura non urgenti: i pazienti con codice bianco o con codice verde e patologie non traumatiche risultano complessivamente pari al 60%.

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>9</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.

---

<sup>9</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).

Quasi il 90% degli accessi in PS avviene attraverso un trasporto autonomo mentre solo l'11% fa ricorso ai servizi di emergenza dell'ARES 118. Il mezzo 118 è peraltro utilizzato solo nel 64% dei casi classificati con codice rosso e solo nel 30% dei casi con codice giallo.

La causa più frequente di ricorso al PS è rappresentata da "traumatismi e avvelenamenti" (32,3%), seguiti da "sintomi, segni e stati morbosi mal definiti" (18,6%) e da "malattie del sistema nervoso e organi di senso" (6,8%), "malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo" (6,2%), "malattie dell'apparato respiratorio" (5,5%), "malattie del sistema circolatorio" (5,1%).

Oltre il 60% dei pazienti viene dimesso a domicilio; per il 18% viene richiesto il ricovero (di questi l'1,9% viene trasferito in altro istituto), mentre circa l'3,5% si allontana dal PS prima di ricevere la prestazione medica. Si sottolinea che circa il 47% dei trasferimenti in altro ospedale avvengono verso strutture prive di PS.

## 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;
- 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;
- mancata realizzazione di reti regionali ospedaliere integrate di assistenza tra servizi di emergenza (118 e PS) e reparti specialistici per la rapida presa in carico di pazienti con patologie che richiedono un trattamento tempestivo e intensivo, quali infarto miocardico, ictus, trauma grave;
- incompleta predisposizione 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 relativi alle raccomandazioni previste dai percorsi clinico-assistenziali per la gestione del paziente critico in emergenza, predisposti da Laziosanità-ASP in collaborazione con l'ARES 118 e le società medico-scientifiche, relativamente a infarto miocardico acuto, ictus cerebrale e trauma grave;
- elevato turn-over del personale di PS con conseguente necessità di formazione continua;
- mancanza 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 di riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza attraverso la ridefinizione delle aree e dei nodi della rete così come indicato nel modello di rete, riportato in D.G.R. n. 420 del 12 giugno

2007 con le opportune modifiche ed integrazioni necessarie per adeguare l'organizzazione al nuovo assetto dei servizi sanitari definito dai decreti del Commissario;

- attivazione progressiva, nelle modalità e nei tempi previsti dalla D.G.R. 169/08, della nuova configurazione della rete dell'emergenza riportata dalla D.G.R. n. 420/07;
- 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;
- 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;
- attivazione a livello regionale di reti ospedaliere per la gestione di patologie che richiedono un trattamento tempestivo in centri specialistici (infarto miocardico, ictus, trauma grave);
- 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.

#### 4.b5 LE CURE INTENSIVE

##### *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.

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 ad 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 istituti di riabilitazione al fine di verificare che la selezione dei pazienti risponda ai criteri etici e accertare l'adeguatezza delle dotazioni mediche di supporto;
- istituzione, dove assenti, e potenziamento, dove insufficienti, dei reparti di Terapia sub-intensiva.

#### **4.b6 RIASSETTO ORGANIZZATIVO DELL'ATTIVITÀ ASSISTENZIALE**

##### L'ORGANIZZAZIONE PER INTENSITÀ DI CURE

###### **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.

In questo scenario appare chiara l'esigenza di favorire il superamento del sistema di cura incentrato sulle tradizionali discipline mediche e di evolvere verso un'organizzazione flessibile dell'assistenza, che garantisca una presa in carico globale del paziente oltrepassando l'approccio clinico d'organo, considerato in questo contesto eccessivamente riduzionista.

I mutamenti che hanno interessato negli ultimi anni la professione infermieristica hanno reso disponibili competenze in grado di realizzare un profilo di assistenza non più di tipo prestazionale ma avanzato, per la gestione complessiva dei bisogni assistenziali. Ciò consente il superamento del modello basato su unità operative differenziate per disciplina specialistica a favore dell'organizzazione in aree di degenza diversificate in moduli omogenei per tipologie delle cure prestate secondo intensità.

###### **Risposte**

I principi informatori che connotano gli ospedali o i reparti logicamente organizzati per intensità delle cure sono condivisi a livello comunitario e anticipati dal modello di ospedale proposto dal Ministero della Sanità.

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.

Alcune esperienze di articolazione delle attività mediche ospedaliere per intensità assistenziale, già avviate nel Lazio e in altre regioni, indicano che un tale modello organizzativo si realizza con la presenza di specifiche competenze di organo o di apparato in un contesto organizzativo più fluido di quello tradizionalmente basato su reparti specialistici.



In questa prospettiva non si propone più una distinzione tra ospedali prevalentemente chirurgici e ospedali prevalentemente medici, ma una differenziazione tra aree di assistenza a elevata, media e minima intensità clinica; tra attività di emergenza e attività di elezione; tra prevalenza dell'attività clinica e prevalenza delle attività di assistenza infermieristica e/o di recupero funzionale; e infine tra acuzie e post-acuzie.

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 dai pazienti.

Tali aree di degenza dovranno articolarsi in livelli di diversa intensità assistenziale: da un livello a bassa intensità con paziente clinicamente stabile che non richiede il monitoraggio costante dei parametri vitali e in cui sono prevalenti le attività infermieristiche di base, alla media intensità con paziente clinicamente stabile che non richiede il monitoraggio costante dei parametri vitali e in cui sono prevalenti le attività infermieristiche di media complessità, all'alta intensità con paziente clinicamente instabile che richiede un monitoraggio costante dei parametri vitali e in cui sono prevalenti le attività infermieristiche ad elevata complessità, fino all'assistenza di tipo intensivo con paziente clinicamente instabile (dipendenza da presidi tecnologici) con alto rischio di complicanze.

I pazienti trovano una collocazione dinamica nei differenti livelli, potendo cambiare di livello sulla base delle valutazioni effettuate. Gli infermieri sono impiegati con flessibilità nei vari livelli in relazione alla pianificazione delle attività assistenziali. La complessità è definita sulla base del grado di stabilità clinica (in situazioni di instabilità clinica elevata si riduce la responsabilità decisionale infermieristica), della capacità di comprensione dell'assistito e del suo grado di autonomia.

I criteri per l'ingresso del paziente nei diversi livelli di assistenza possono essere riassunti come segue:

1. condizione clinica del paziente al momento del ricovero;
2. carico assistenziale necessario per evitare l'insorgere di complicanze;
3. necessità e tipologia di monitoraggio delle funzioni vitali.

Ogni livello assistenziale, oltre a definire la collocazione fisica del paziente in una specifica area, individua il tipo di prestazioni e le modalità con cui saranno erogate.

Tale organizzazione inoltre consente la realizzazione di processi di diagnosi e cura del singolo paziente che seguono così percorsi integrati, organizzati orizzontalmente e non gerarchicamente, che intersecano le diverse aree.

Inoltre, il modello assistenziale descritto consente e garantisce il recupero della centralità del paziente, la flessibilità nell'uso delle risorse, il coordinamento e la continuità dei percorsi assistenziali e di cura, l'integrazione tra le diverse specializzazioni.

La Regione si impegna, nel corso della vigenza del presente Piano, a sperimentare il modello di organizzazione dipartimentale per livelli di intensità assistenziale presso alcune realtà ospedaliere del SSR e a valutare i risultati della sperimentazione ai fini di un'eventuale estensione del modello.

## DAY HOSPITAL, DAY SERVICE, WEEK HOSPITAL, 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 tassi di ospedalizzazione per la maggior parte delle tipologie del ricovero diurno, soprattutto relativamente ai DH diagnostico, terapeutico medico e riabilitativo, evidenziando la confluenza, in tale modalità assistenziale, di prestazioni che potrebbero essere adeguatamente erogate in sede ambulatoriale o domiciliare.

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, anestesilogiche, 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.

Il DH 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 ed 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 ed 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

equipe multiprofessionali.

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.

La 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.

#### **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.

#### **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 ancora dimettibili 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 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 24-36 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.

#### **4.c Riabilitazione ospedaliera e lungodegenza**

Per quanto concerne la riabilitazione ospedaliera e la lungodegenza, si rimanda alla Parte III, cap. 5.a "La disabilità".

#### **4.d Linee di programmazione per l'ammodernamento della rete ospedaliera**

Nella cornice di riferimento presentata nel paragrafo 1.b della Parte III che individua le linee di trasformazione funzionale e di riassetto del Servizio Sanitario Regionale, sono state individuate alcune aree di intervento per la ridefinizione dell'offerta ospedaliera con lo scopo di razionalizzarla, tenendo conto dei vincoli dei provvedimenti in materia.

Per quello che riguarda la riorganizzazione della rete ospedaliera in questa sede e visti i decreti del commissario di governo, che richiede una proposta di 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 metodologia con cui si affronta questa tematica fa riferimento sia alla attuale configurazione giuridico-organizzativa delle ASL e delle Aziende Ospedaliere, sia alla proposta contenuta nel presente piano di un coordinamento funzionale tra alcune ASL e strutture ospedaliere per quanto riguarda l'area di Roma e provincia.

##### *RM A + RM C + RM D*

Nel territorio della RM A l'indice dei posti letto per 1.000 abitanti è pari a 6,1; per il territorio della RM C 3,0; per il territorio della RM D è 4,1. Preso nella sua interezza, questo territorio ha mediamente un indice di posti letto per 1.000 abitanti pari a 4,4 e quindi lievemente superiore a quanto ipotizzabile per Roma e provincia vista la presenza di strutture ad alta specialità. In particolare in quest'area sono presenti due aziende ospedaliere, il San Camillo e il San Giovanni, e due strutture ospedaliere di primo livello, il Sant'Eugenio (del quale occorre valutare la congruità di una sua definizione in DEA di II° livello una volta ridefinita l'intera rete ospedaliera) e l'ospedale G.B. Grassi di Ostia, in grado di soddisfare unitamente ad una rete di altri soggetti erogatori privati e/o classificati il fabbisogno della popolazione residente. Va

rilevato che per quello che riguarda l'ospedale di Ostia sarà necessario valutare il suo ruolo durante i mesi estivi in relazione all'aumento della popolazione e ai piani di emergenza urgenza sul litorale laziale.

#### *RM B + RM G + RM H*

Nel territorio della RM B l'indice dei posti letto è di 2,1 per 1.000; per la RM G è del 1,6; e per la RM H è del 3,1. Come si vede da questi dati mediamente in quest'area c'è una carenza di posti letto ospedalieri, in particolare per quel che riguarda il territorio della RM B dove insistono strutture pubbliche, private o classificate di primo livello che sopportano l'impatto delle prestazioni rese in particolare presso i pronto soccorso. L'VIII Municipio ha il più alto numero di residenti nel Comune Roma (208.323 al 1 gennaio 2007, dati ISTAT 2007). L'area è caratterizzata da un alto dinamismo demografico con intenso movimento migratorio ed elevata natalità. Nella stessa area è presente il Policlinico di Tor Vergata. Ne consegue che la tendenza al riequilibrio dei posti letto, che dovrà comunque essere inferiore a quelli di Roma in quanto nel caso specifico insistono anche aree territoriali non urbane, dovrà essere orientato verso il progressivo potenziamento del PTV e la completa attivazione del DEA di secondo livello come punto di riferimento anche dell'alta specialità.

Inoltre, alla luce delle considerazioni relative alla struttura demografico-territoriale dei Municipi X e VIII, al loro sviluppo residenziale e all'accessibilità viaria, infatti, il Policlinico Tor Vergata dovrà caratterizzarsi anche come struttura deputata a svolgere sia le funzioni di ospedale di prossimità per entrambi i Municipi, sia il ruolo di polo di riferimento per le reti di alta specialità a livello regionale.

Nella stessa area, nell'ambito del processo complessivo di riorganizzazione della rete ospedaliera, della sua qualificazione e del suo riequilibrio, sarà necessario ipotizzare un ampliamento dell'Ospedale Pertini.

Nel Distretto G3 della ASL RMG è ubicato l'ospedale di Tivoli, che rappresenta l'unica struttura di ricovero per acuti, ed è necessario il completamento del suo processo di riqualificazione, mentre un ulteriore intervento va ipotizzato nell'ampliamento e l'ammodernamento dell'ospedale di Monterotondo.

#### *RM E + RM F*

Nel territorio della RM E l'indice di posti letto per 1.000 abitanti è pari a 11,2; e per quello che riguarda RM F è pari allo 1,2. Come si osserva, il territorio della RM E presenta uno squilibrio in eccesso nell'indice dei posti letto che, se anche mitigato dall'indice più basso presente nella RM F, rimane comunque ridondante aggirandosi intorno al 6,8 per mille. Va tenuto presente che in quest'area insistono due Policlinici universitari e un'azienda ospedaliera oltre che una rete importante di strutture private e/o classificate. In questa situazione l'indice di posti letto per 1.000 abitanti dovrà attestarsi al di sopra del valore ritenuto opportuno per la città di Roma, ma si dovrà comunque procedere a una diminuzione consistente dei posti letto e a una ridefinizione e riorganizzazione delle funzioni e dei soggetti erogatori.

In tale logica va visto il ridimensionamento e la specializzazione delle strutture presenti, tenendo presente tuttavia che il Sant'Andrea (450 posti letto) funge da policlinico universitario ed in base anche alle normative vigenti dovrà adeguarsi alle necessità della didattica.

### *Viterbo*

L'ASL di Viterbo ha un indice di posti letto per 1.000 abitanti pari a 2,1 e che quindi ai fini di un riequilibrio nella sua area necessita di un modesto incremento, soprattutto di Day Hospital e Day Surgery affidati al polo ospedaliero di Bel Colle che dovrà fungere anche da punto di riferimento e coordinamento della rete per acuti dell'intera provincia.

### *Rieti e Latina*

La provincia di Rieti ha un indice di posti letto di 2.4 per 1.000, è opportuno un aggiustamento in tale provincia attraverso un contenuto potenziamento dell'Ospedale S. Camillo De Lellis.

Anche per quello che riguarda il territorio di Latina (2.7 posti letto per 1.000) occorre un aggiustamento limitato.

### *Frosinone*

Si ritiene opportuno valutare la congruità di attivare, in prospettiva, il DEA di secondo livello presso l'ospedale Umberto I, anche e soprattutto in conseguenza dell'impatto che determinerà l'insieme della manovra del riequilibrio dei posti letto per aree territoriali.



## 5. Aree di integrazione

### 5.a La disabilità

La disabilità è definita come il manifestarsi di una difficoltà nell'interazione tra la persona e i suoi fattori contestuali (personali e ambientali); può essere sensoriale, mentale, motoria. 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, il che è possibile solo all'interno di un sistema di assistenza integrato che coinvolga servizi sanitari, sociosanitari e sociali.

Il presente capitolo è focalizzato su alcune delle criticità relative alla 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.

#### Offerta riabilitativa ospedaliera

Al 31 dicembre 2007, i posti letto disponibili nei reparti di riabilitazione ospedaliera risultavano 4.044 pari allo 0,74 per 1.000 abitanti<sup>10</sup>. L'offerta appare estremamente eterogenea tra i diversi territori: solo 2 posti letto (di DH) a Rieti, mentre a Roma e provincia ve ne sono 0,87 per 1.000 abitanti. Inoltre a Roma città e provincia si passa da 0 posti letto nel territorio della ASL RMF a 746 nel territorio della ASL RMD.

La domanda di riabilitazione in post-acuzie nel Lazio risulta in costante aumento: dal 1997 al 2007 il tasso di ospedalizzazione per 1000 residenti è passato da 2,6 a 5,3; i ricoveri ordinari sono passati da 19.173 a 32.731 e quelli diurni da 4.112 a 18.360, con un aumento del peso relativo dei DH dal 17,7% al 35,9%; le giornate di degenza complessive per i ricoveri ordinari sono passate da 840.731 a 1.415.834, mentre il numero complessivo di accessi in DH è aumentato da 43.471 a 365.527..

Le giornate di degenza erogate per mille abitanti/anno risultano nel Lazio pari a 258, circa il doppio (124) della media osservata nelle Regioni non in disavanzo. La degenza media dei ricoveri in riabilitazione, nel Lazio, risulta particolarmente elevata (43,3) in confronto a quella delle Regioni non in disavanzo (23,1)<sup>11</sup>. Per i ricoveri in DH il numero medio di accessi è risultato pari a 20.

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 inappropriately nell'accesso, anche condizionata da una rete di offerta con tipologie assistenziali non adeguatamente modulate sul percorso-paziente e sui diversi bisogni nelle diverse fasi della evoluzione clinica.

#### Proposte

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, ha previsto un'ampia manovra di riconversione al fine

<sup>10</sup> Popolazione residente del Lazio: 5.493.308 (dati ISTAT 31 dicembre 2006).

<sup>11</sup> Dati SDO 2005 (fonte: Ministero della Salute – elaborazione KPMG).

di ridimensionare e riequilibrare, entro il 2009, la rete ospedaliera regionale per la riabilitazione, rispetto alla popolazione residente secondo lo standard tendenziale dello 0,7 posto letto di riabilitazione per 1.000 residenti; la manovra sarà realizzata attraverso un riequilibrio dell'offerta sul territorio e la riduzione dei posti letto.

Oltre alla complessiva rimodulazione in termine quantitativi dei posti letto, occorre procedere alla revisione degli stessi in termini qualitativi. Tale revisione dovrà fondarsi sulla identificazione di tre diversi livelli nell'ambito della riabilitazione ospedaliera post-acuzie:

I° livello. Corrispondente alla riabilitazione estensiva ospedaliera (ascrivibile al codice 60, già utilizzato per la lungodegenza medica, funzione concettualmente distinta ma avente in comune la necessità di una durata di degenza protratta) rivolta a soggetti con patologie ad equilibrio instabile o con disabilità croniche non stabilizzate, che necessitano di assistenza clinica e di sorveglianza infermieristica continuativa nelle 24 ore. Tale livello comprende interventi di moderato ma protratto impegno terapeutico, di norma diretti alla prevenzione di aggravamenti possibili in disabili ed in soggetti clinicamente stabili, affetti da disabilità croniche evolutive, oppure a soggetti con disabilità a lento recupero che non possono utilmente giovare o sopportare un trattamento intensivo. I trattamenti realizzati all'interno di questo livello hanno pertanto come obiettivo principale quello di mantenere e promuovere le abilità funzionali presenti, prevenendone il deterioramento e si caratterizza per un intervento riabilitativo a relativamente bassa complessità e intensità (di norma superiore a 1 ora/die ma inferiore a 3 ore /die);

II° livello. Corrispondente alla riabilitazione intensiva (ascrivibile al codice 56) che interviene precocemente nell'immediata post-acuzie, per il recupero di disabilità importanti e modificabili che richiedono un elevato impegno terapeutico, riferibile a non meno di tre ore giornaliere di terapia specifica per una durata della degenza di norma inferiore a 60 giorni.

III° livello. Corrispondente alle Unità Spinali (codice 28), alla Neuroriabilitazione ed alle Unità per la Disabilità Grave nell'Età Evolutiva (codice 75), alla Riabilitazione ad Alta Intensità ed alla Lungodegenza ad Alta Intensità, caratterizzate da trattamenti ad alto impegno assistenziale, con necessità di elevati requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi e con criteri di accesso relativi alle caratteristiche dei pazienti rigidamente definiti.

In una stessa struttura potranno prevedersi reparti ascrivibili ai diversi livelli assistenziali proposti, dotati ciascuno dei requisiti specifici. In caso di degenze riabilitative presenti in strutture ospedaliere dedicate (che quindi non erogano assistenza per acuti o assistenza di lungodegenza medica) dovrà prevedersi una soglia minima di posti letto, tale da garantire, in analogia a quanto già previsto per gli acuti, adeguati livelli di efficienza e sicurezza.

### **Offerta di lungodegenza ospedaliera**

Al 31 dicembre 2006, i posti letto disponibili nei reparti di lungodegenza ospedaliera risultavano 1.500, pari a 0,27 per 1.000 abitanti. L'offerta risulta estremamente eterogenea tra i diversi territori: Circa l'80% dei posti letto è presente nella

sola Provincia di Roma e non vi sono posti letto attivi nelle Province di Rieti e Latina. Inoltre, i posti letto pubblici di lungodegenza rappresentano il solo il 5% del totale, contro il 39% registrato nelle Regioni e Province autonome non in disavanzo<sup>12</sup>.

### 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, nell'ambito dell'intervento 1.2.1b di riconduzione, entro il 2009, del numero di posti letto di lungodegenza-riabilitazione allo standard di 1 posto letto per 1.000 abitanti, ha stabilito di non modificare entro il 2009 l'attuale offerta di posti letto di lungodegenza, che è molto vicina allo standard tendenziale di 0,3 posti letto di lungodegenza per 1.000 abitanti. È auspicabile invece un riequilibrio dell'offerta sul territorio, in particolare prevedendo un incremento dell'offerta di posti letto nel territorio di Rieti. D'altra parte risulta necessario definire criteri clinici di accesso e di durata del ricovero in questa tipologia di reparto che permettano una chiara distinzione fra offerta assistenziale-riabilitativa in post-acuzia, in lungodegenza ed in struttura residenziale., in coerenza con quanto indicato al punto precedente.

### **Percorsi clinico-assistenziali per soggetti con postumi di gravi encefalopatie acquisite in fase di stabilizzazione clinica e/o in stato vegetativo e di minima coscienza in fase di cronicità**

Al netto di sperimentazioni condotte in alcune aziende sanitarie, non si è ancora proceduto alla formalizzazione dell'offerta per strutture ad alto livello assistenziale e sociale dedicate a questa tipologia di pazienti, né sono previsti percorsi successivi alla dimissione ospedaliera che possano supportare i pazienti e le loro famiglie.

### Proposte

- *Definizione della rete per la Lungodegenza ad alta intensità (LAI).* Fissare su base regionale il numero e la collocazione di posti letto dedicati da accreditare, caratterizzando i pazienti che vi possono accedere; stabilire la durata massima della permanenza in LAI, previa definizione di opportuni percorsi assistenziali successivi alla dimissione; individuare una tariffa specifica per la LAI; monitorare l'attività attraverso uno specifico flusso informativo, da inserire eventualmente nell'ambito del flusso RAD-R.

### **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".

---

<sup>12</sup> Dati 2005 (fonte: Ministero della Salute).

Nel Lazio viene erogata prevalentemente da 85 strutture private 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.

Complessivamente al 31 dicembre 2006 risultavano accreditati 15.144 posti letto e trattamenti. In particolare, in regime residenziale sono presenti 1.860 posti letto di cui 685 in modalità estensiva e 1.175 in modalità di mantenimento; in regime semiresidenziale sono presenti 2.841 posti letto, di cui 1.597 in modalità estensiva e 1.244 in modalità di mantenimento; in regime non residenziale (ambulatoriale e domiciliare) sono accreditati 10.443 trattamenti di cui 6.486 in modalità estensiva e 3.957 in modalità di mantenimento.

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 1,21 posti per 1.000 abitanti a Roma città, con una media regionale di 0,86 posti. I trattamenti non residenziali sono offerti nella misura di 3,03 a Roma città fino al minimo di 0,07 trattamenti per 1.000 abitanti nella ASL RMG, con una media regionale di 1,95.

### 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

Nel periodo 2003-2007 i progetti riabilitativi attivati sono stati, rispettivamente: 34.343, 37.439, 41.756, 41.195, 43.241. 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 il 61,2% dei progetti attivati nel periodo 2004-2007 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 dalla DGR n. 731/2005 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, 12.054 (28,7%) nel 2005, 13.513 (31,4%) nel 2006.

#### **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). 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.* Riqualificazione dei Servizi protesi e ausili delle ASL promuovendo il passaggio da una cultura dell'assistenza ad una cultura della promozione dell'autonomia. In particolare tali servizi dovranno garantire: informazione per i pazienti 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.

## **5.b Salute e multiethnicità<sup>13</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%).

---

<sup>13</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).

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 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.

## **5.c 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, inappropriata 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 della gravidanza e del parto fisiologici attraverso il collegamento strutturato tra la rete dei consultori e i 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; garanzia di percorsi assistenziali adeguati per quella piccola quota di donne con gravidanze a rischio mediante una forte integrazione tra il territorio e i servizi ospedalieri.

## 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 morbidità, 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.

## **5.d 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 svantaggiose 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 inappropriata 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 F "Rete pediatrica")**

- Promozione di progetti obiettivi 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;
- 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;
- incremento dell'appropriatezza del ricorso al ricovero ospedaliero attraverso l'emanazione e la diffusione di linee guida, l'implementazione delle stesse nelle aree ritenute più critiche e la successiva verifica dei risultati raggiunti attraverso opportuni indicatori.

## PARTE IV – 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.

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’eclittismo 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 programmatica 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 Accreditamento 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, Accreditamento, 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 ad 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'accredimento istituzionale.

L'ASP gestisce le diverse attività collegate all'istruttoria tecnica, avvalendosi di uno specifico organismo consultivo – il Board per l'accredimento, 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'accredimento 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 ad 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 Accredibile (UMA) si configura come la più piccola struttura organizzativa dotata di autonomia funzionale, gestionale ed economico-finanziaria per cui è possibile chiedere l'accredimento.

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 ad 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.

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.

## 2.b 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. Come più sopra ricordato, la deprivazione è associata ad una maggiore morbosità, gravità delle patologie e mortalità generale, e con un più elevato consumo di risorse assistenziali. Le esperienze internazionali di allocazione delle risorse, in particolare quelle anglosassoni, indicano l'opportunità di tener conto sia di misure dello stato di salute della popolazione che riflettono i bisogni assistenziali, sia di indicatori di svantaggio socioeconomico nella pesatura della quota capitaria.

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, insieme ad un indice sintetico di deprivazione. 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. Come indice di deprivazione sarebbe indicato utilizzare misure di povertà relativa, come ad esempio l'incidenza di povertà definita dall'ISTAT. Tale misura viene calcolata come il rapporto tra numero di famiglie con spesa media mensile per consumi pari o al di sotto della soglia di povertà relativa e il totale delle famiglie residenti. La soglia di povertà relativa è pari, per una famiglia di due componenti, alla spesa media pro capite in Italia.

L'indicazione a usare la povertà come misura di svantaggio socioeconomico di area deriva dalle evidenze che dimostrano come questa sia la più capace nell'individuare gradienti socioeconomici nello stato di salute rispetto ad altri indici geografici semplici o composti di deprivazione.

Fra l'altro la determinazione della quota capitaria definita sulla base dell'età implica un sovr FINANZIAMENTO delle ASL con più anziani, che, nella città di Roma ad esempio, sono costituite da aree mediamente più ricche e più dotate di servizi, recando invece svantaggi a zone maggiormente deprivate.

Poiché nel Lazio non si è finora proceduto a realizzare una pesatura della quota capitaria per il riparto del Fondo sanitario con indicatori di bisogno e deprivazione, sarà opportuno effettuare una valutazione di fattibilità e di impatto prima dell'adozione del provvedimento.

Un simile approccio potrebbe essere adottato anche per la remunerazione dei MMG, considerando anche la quota di lavoro dedicata alle persone di condizione socioeconomica svantaggiata. Un esempio potrebbe essere quello di tarare il numero massimo di assistiti per MMG rispetto alla prevalenza di anziani e di poveri. In questo senso potrebbe essere opportuno rimodulare la tariffa fissa prevista per la quota capitaria, introducendo fattori di ponderazione legati alla classe di età, al sesso dell'assistito e allo stato socioeconomico. Infine, 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.

### **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 attraverso:

- potenziamento orientato alla verifica dell'appropriatezza dei ricoveri e della corretta compilazione della scheda di dimissione ospedaliera;
- monitoraggio del trasferimento verso altri regimi assistenziali a parità di efficacia di prestazioni ad alto rischio di inappropriata in regime ordinario;
- vigilanza sul rispetto degli accordi contrattuali che saranno stipulati tra soggetti erogatori, ASL e Regione Lazio relativi all'attività specialistica ambulatoriale;
- individuazione degli eventuali comportamenti opportunistici da parte dei soggetti erogatori di prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- vigilanza sul rispetto delle modalità prescrittive e delle norme vigenti in merito alla prescrivibilità delle prestazioni ambulatoriali;
- vigilanza sul rispetto da parte dei cittadini delle norme vigenti in merito alla fruibilità delle prestazioni ambulatoriali.

Si ravvisa inoltre l'opportunità di una forte promozione dell'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

## 2.c 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 trascinamento 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 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.

Le Aziende registrate nel sistema, stipulando un apposito protocollo d'intesa con Intercent-ER, possono utilizzare la piattaforma per lo svolgimento delle proprie gare telematiche. Attivando la piattaforma lo strumento verrà reso disponibile a tutte le Aziende che vogliono effettuare gli acquisti al di sotto della soglia di rilievo comunitario.

I risparmi attesi (6 milioni di euro per il 2008 e 12 milioni di euro per il 2009) interessano le categorie merceologiche e i servizi per cui risulta facilmente applicabile la piattaforma, in relazione anche all'esperienza della Regione Emilia Romagna.

## 2.d 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 Parte IV – Strumenti);
- 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, prioritarizzazione degli accessi alle liste di attesa, linee guida e percorsi assistenziali.

## **2.e 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 2006-2008, 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 mutate 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 (ad esempio la Casa della salute), 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. La ricerca nel SSR e il ruolo di IRCCS e Università

#### 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.

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.

## 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 della ricerca epidemiologica

Le evidenze epidemiologiche (stato di salute della popolazione, determinanti di salute, efficacia degli interventi) 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, in particolare dei fattori biologici, dei fattori ambientali e sociali e 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;
- stima dell'impatto sanitario a livello di popolazione dei fattori di rischio ambientali e sociali;
- formulazione di proposte per programmi di intervento;
- valutazione dell'efficacia dei programmi di intervento.

Il ruolo della ricerca epidemiologica è stato riconosciuto dalla Regione Lazio, prima nella L.R. 1 settembre 1999, n. 16, istitutiva dell'Agenzia regionale di sanità pubblica e più recentemente nella D.G.R. n. 290 del 19 gennaio 2006 "Direttive per lo svolgimento delle attività di epidemiologia del SSR", con cui la Regione ha inteso potenziare le attività di epidemiologia affidando aree di ricerca per l'Epidemiologia ad una struttura di riferimento (Dipartimento di Epidemiologia della ASL RME) e ha individuato le seguenti aree prioritarie di attività:

- epidemiologia ambientale, 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.

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 non episodici finalizzati a presidiarne la copertura, la completezza e la qualità;
- 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.



## 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 AL TEMPO**

Ogni cittadino ha diritto a vedere rispettato il suo tempo al pari di quello della burocrazia e degli operatori sanitari.

#### **2. DIRITTO ALL'INFORMAZIONE E ALLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Ogni cittadino ha diritto a ricevere tutte le informazioni e la documentazione sanitaria di cui necessita nonché a entrare in possesso degli atti necessari a certificare in modo completo la sua condizione di salute.

#### **3. DIRITTO ALLA SICUREZZA**

Chiunque si trovi in una situazione di rischio per la sua salute ha diritto a ottenere tutte le prestazioni necessarie alla sua condizione e ha altresì diritto a non subire ulteriori danni causati dal cattivo funzionamento delle strutture e dei servizi.

#### **4. DIRITTO ALLA PROTEZIONE**

Il servizio sanitario ha il dovere di proteggere in maniera particolare ogni essere umano che, a causa del suo stato di salute, si trova in una condizione momentanea o permanente di debolezza, non facendogli mancare per nessun motivo e in alcun momento l'assistenza di cui ha bisogno.

#### **5. DIRITTO ALLA CERTEZZA**

Ogni cittadino ha diritto ad avere dal Servizio sanitario la certezza del trattamento nel tempo e nello spazio, a prescindere dal soggetto erogatore, e a non essere vittima degli effetti di conflitti professionali e organizzativi, di cambiamenti repentini delle norme, della discrezionalità nell'interpretazione delle leggi e delle circolari, di differenze di trattamento a seconda della collocazione geografica.

#### **6. DIRITTO ALLA FIDUCIA**

Ogni cittadino ha diritto a vedersi trattato come un soggetto degno di fiducia e non come un possibile evasore o un presunto bugiardo.

#### **7. DIRITTO ALLA QUALITÀ**

Ogni cittadino ha diritto di trovare nei servizi sanitari operatori e strutture orientati verso un unico obiettivo: farlo guarire e migliorare comunque il suo stato di salute.

#### **8. DIRITTO ALLA DIFFERENZA**

Ogni cittadino ha diritto a vedere riconosciuta la sua specificità derivante dall'età, dal sesso, dalla nazionalità, dalla condizione di salute, dalla cultura e dalla religione, e a ricevere di conseguenza trattamenti differenziati a seconda delle diverse esigenze.

#### **9. DIRITTO ALLA NORMALITÀ**

Ogni cittadino ha diritto a curarsi senza alterare, oltre il necessario, le sue abitudini di vita.

#### **10. DIRITTO ALLA FAMIGLIA**

Ogni famiglia che si trova ad assistere un suo componente ha diritto di ricevere dal Servizio sanitario il sostegno materiale necessario.

#### **11. DIRITTO ALLA DECISIONE**

Il cittadino ha diritto, sulla base delle informazioni in suo possesso e fatte salve le prerogative dei medici, a mantenere una propria sfera di decisionalità e di responsabilità in merito alla propria salute e alla propria vita.

#### **12. DIRITTO AL VOLONTARIATO, ALL'ASSISTENZA DA PARTE DEI SOGGETTI NON PROFIT E ALLA PARTECIPAZIONE**

Ogni cittadino ha diritto ad un servizio sanitario, sia esso erogato da soggetti pubblici che da soggetti privati, nel quale sia favorita la presenza del volontariato e delle attività non profit e sia garantita la partecipazione degli utenti.

#### **13. DIRITTO AL FUTURO**

Ogni cittadino, anche se condannato dalla sua malattia, ha diritto a trascorrere l'ultimo periodo della vita conservando la sua dignità, soffrendo il meno possibile e ricevendo attenzione e assistenza.

#### **14. DIRITTO ALLA RIPARAZIONE DEI TORTI**

Ogni cittadino ha diritto, di fronte ad una violazione subita, alla riparazione del torto subito in tempi brevi e in misura congrua.

## 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 che operano con un rapporto ottimale, stabilito dall'ultimo Accordo collettivo nazionale, di un medico ogni 5.000 abitanti.

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) e il New Deal della Salute, promosso dal Ministro della Salute (giugno 2006<sup>14</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>14</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 è stato ribadito del tutto recentemente nel Documento di presentazione della proposta di riorganizzazione delle Cure primarie presentato dal Ministro della Salute, nel quale si dà ampio spazio ad una serie di punti di forza del nuovo sistema, tra cui la garanzia della continuità assistenziale per 24 ore e 7 giorni su 7, il potenziamento delle forme associative dei MMG, la promozione delle "Case della salute" (intese nell'accezione più ampia del modello, che nella nostra regione viene identificato come 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).

## 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). 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.

### 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.

## 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.

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;
- 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.

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.

Una prima applicazione di tale impostazione è il piano di formazione regionale orientato al raggiungimento degli obiettivi del Piano di rientro, predisposto attraverso la collaborazione di Laziosanità-ASP, Aziende sanitarie, Asclepion e Uffici regionali.

## 8. Governo clinico, linee guida e valutazione esiti

### 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.

Per perseguire tale obiettivi, bisogna tenere conto di un contesto caratterizzato dalla tensione ancora irrisolta, sia a livello organizzativo sia a livello culturale, tra responsabilità clinica e manageriale, e tra responsabilità individuale e organizzativa. In particolare, a fronte della complessità del sistema sanitario risulta indispensabile definire con chiarezza ruoli e responsabilità dei diversi attori e predisporre un sistema integrato di relazioni.

### Risposte

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.

La Regione si propone di sviluppare e attuare strumenti e metodologie che possano trovare applicazione nel contesto delle organizzazioni sanitarie della regione 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: formazione continua, gestione del rischio clinico, audit, medicina basata sulle prove scientifiche, linee guida cliniche e percorsi assistenziali, *health technology assessment*, gestione dei reclami e dei contenziosi, comunicazione e gestione della documentazione, ricerca e sviluppo, valutazione degli esiti, collaborazione multidisciplinare, coinvolgimento dei pazienti, informazione corretta e trasparente, gestione del personale.

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 di esito, 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 inappropriatezza;
  - 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 nasconderli;
- 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 associate alle pratiche assistenziali (IPA) continuano a costituire un'importante causa di morbosità e mortalità, una delle principali complicazioni conseguenti al ricovero, un rilevante problema di sanità pubblica e un elemento importante per la definizione della qualità dell'assistenza. Inoltre hanno costi umani e sociali rilevanti. Poiché le IPA rappresentano alcuni tra i più frequenti eventi avversi sanitari e sono 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.

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.

Purtroppo, come in gran parte del Paese, anche nel Lazio mancano dati complessivi per definire la frequenza e la gravità del problema e questo può aver determinato una sottostima della reale entità dello stesso.

I risultati di un'indagine nazionale condotta nel 2000 hanno rilevato che la diffusione a livello regionale dei Comitati di controllo delle infezioni ospedaliere (CIO) era del 60% e che solo un terzo degli ospedali del Lazio disponeva di almeno un'infermiera addetta al controllo delle infezioni e di un medico dedicato.

Tenendo conto di tali considerazioni sono state identificate le seguenti priorità di intervento:

- definizione delle attività di sorveglianza e controllo delle infezioni legate alla pratica assistenziale nella regione Lazio attraverso un'indagine negli ospedali, nelle case di cura private accreditate, nelle RSA e altre strutture per anziani, ivi inclusa la dotazione di personale (sia medico che infermieristico) per posto letto;
- determinazione della frequenza delle IPA nelle strutture sanitarie del Lazio, in particolare delle infezioni nei pazienti chirurgici e delle unità di terapia intensiva. Tale attività verrà svolta attraverso studi epidemiologici orientati a valutare la frequenza delle IPA sia per aree che per pratiche assistenziali;
- sviluppo e messa in atto di metodi e tecniche di sorveglianza delle IPA, identificazione e gestione di focolai epidemici ospedalieri: sistemi per la rilevazione in automatico di eventi epidemici, eventi sentinella; sistemi per l'analisi epidemiologica dei dati sugli isolamenti e sulle resistenze agli antibiotici;
- sviluppo e messa in atto di strategie di controllo delle IPA: protocolli per il buon uso degli antibiotici (ad esempio linee guida per l'impiego della chemioprolifassi chirurgica), audit per la valutazione dell'applicazione di quanto raccomandato per la prevenzione e il controllo delle IPA;
- formazione degli operatori sanitari al fine di migliorare la capacità di controllo delle IPA. Tale obiettivo verrà perseguito valorizzando i CIO con l'attivazione di programmi di formazione che consentano l'aggiornamento continuo e lo scambio di informazioni sulle esperienze portate avanti dalle diverse strutture sanitarie della regione.

## LA VALUTAZIONE DEGLI ESITI DEGLI INTERVENTI SANITARI

### Quadro di riferimento

In questi ultimi anni l'evoluzione normativa che ha interessato la sanità italiana ha spinto per una riorganizzazione del SSN in senso efficientista, a partire dai principi di imprenditorialità e managerialità che ispirano le leggi di riforma. Si avverte per contro la necessità di un contrappeso, che si esplicita nei richiami sempre più impellenti ai concetti di efficacia, appropriatezza ed equità dell'assistenza sanitaria.

Numerosi studi condotti in Italia, e in particolare nel Lazio, documentano forti differenze nella performance e nell'esito dei processi di cura tra strutture, aree geografiche, livelli socioeconomici dei pazienti, legate almeno in parte a problemi di qualità e appropriatezza degli interventi sanitari.

Nasce proprio da tali premesse l'esigenza di sviluppare strumenti conoscitivi e metodi di studio, condivisi tra i diversi attori coinvolti nei processi di cura e in grado di valutare sistematicamente l'efficacia dell'assistenza e contribuire in tal modo a diffondere la cultura della qualità.

Peraltro lo sviluppo raggiunto in questi anni dai sistemi informativi sanitari ha creato i presupposti per un monitoraggio degli esiti assistenziali ad ampio spettro e continuativo nel tempo, basato sull'utilizzo dei dati amministrativi e orientato all'individuazione di eventuali criticità nell'assistenza sanitaria.

### **Obiettivo generale**

Il Dipartimento di Epidemiologia della ASL RME a seguito della DGR 301/2008 è impegnato in un programma di valutazione degli esiti degli interventi sanitari a partire dall'utilizzo sistematico e integrato dei flussi informativi correnti. 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 promozione delle buone pratiche e di miglioramento dei processi di cura.

### **Obiettivi specifici**

- Misurare la variabilità negli esiti tra strutture sanitarie, aree territoriali (ASL, Municipi) e gruppi di popolazione, con particolare riguardo alle condizioni socioeconomiche dei pazienti;
- individuare le caratteristiche strutturali e organizzative dei soggetti erogatori (per esempio, volume di attività) e le modalità di offerta delle prestazioni in grado di influenzare la variabilità degli esiti a livello regionale;
- monitorare l'andamento della qualità delle cure nel tempo;
- definire un set di indicatori di esito da utilizzare ai fini dell'accreditamento istituzionale e/o della remunerazione;
- individuare aree critiche su cui implementare percorsi clinico-organizzativi locali e programmi di formazione, finalizzati al miglioramento della qualità assistenziale;
- individuare forme di comunicazione efficace sui risultati prodotti dalle valutazioni di esito.

### **Azioni**

- Definizione degli esiti (mortalità intra ed extraospedaliera, recidive, sequele ecc.) e degli indicatori da utilizzare nella valutazione, anche sulla base dell'esperienza maturata nell'ambito del Progetto Mattoni del SSN "Misura dell'Outcome";
- individuazione degli ambiti assistenziali di particolare rilevanza e impatto sui servizi sanitari, da sottoporre a monitoraggio;
- definizione dei criteri d'uso delle banche dati regionali (flussi informativi sanitari, registri, database clinici) e sviluppo di metodologie adeguate di data linkage;
- messa a punto di strategie e metodi di analisi dei dati, con particolare riferimento alle misure di gravità clinica dei pazienti da utilizzare nei modelli di *risk adjustment*;
- individuazione di modalità condivise tra i diversi attori e le istituzioni del SSR per la presentazione e la diffusione periodica dei risultati;
- introduzione nei sistemi di remunerazione di alcune variabili dipendenti dai risultati della valutazione di esito.

## 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.



## 9. 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.

### 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. 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.

## 10. 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 15,5% della spesa sanitaria totale a carico del SSR. Nell'anno 2007 la spesa lorda convenzionata ha registrato, rispetto allo stesso periodo del 2006, una consistente riduzione (-12%) a fronte di un valore nazionale del -5,4%. 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 a livello nazionale). In termini di consumo il Lazio è la regione con il più alto livello di dosi (1.019 DDD contro 880 DDD nazionali).

Circa il 65% della popolazione regionale ha ricevuto almeno una prescrizione nel corso del 2007 (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 22% del totale della spesa e al 36% del totale delle DDD. L'effetto mix presenta una flessione negativa, ad indicare un orientamento della prescrizione verso farmaci meno costosi.

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.

## 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;
- 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;
- 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;
- 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 consorzare, 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.

## 11. 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 multi-etnica 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 dalla Struttura complessa di Medicina preventiva delle migrazioni, del turismo e di dermatologia tropicale dell'IRCCS San Gallicano, 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 (APO), coordinato da Laziosanità-ASP in partenariato con le Regioni Campania, Puglia e Veneto.

## 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 di recente 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 socio-sanitario, 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 socio-sanitario, come indicato nell'art. 5 comma 3 della L.R. n. 19/00;
- *organizzazione delle attività di emergenza umanitaria in ambito socio-sanitario* legate a eventi bellici, a catastrofi naturali o a gravi crisi socio-economiche, 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.





LAZIOSANITÀ  
AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA



REGIONE LAZIO

# **Piano Sanitario Regionale 2008-2010**

## **Allegati**



# *Piano sanitario regionale 2008-2010*

## *Allegati*

In questa sezione 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. In particolare per quanto riguarda le reti dell'ictus cerebrale, del trauma grave e neurotrauma, dell'emergenza cardiologica e dell'emergenza, vengono riportati i testi e gli allegati della DGR 420/2007. Rispetto a tale stesura, restano validi i principi e l'organizzazione delle reti, mentre le attribuzioni di funzioni alle strutture verranno modificate con successivi atti sulla base di quanto definito dai subentrati provvedimenti sul riordino della rete ospedaliera.

Sono previste reti di altre specialità, che verranno definite e adottate con successivi atti.

## *Indice*

a. Rete per l'assistenza all'ictus cerebrale acuto .....	pag. 3
b. Rete integrata per l'assistenza al trauma grave e neurotrauma .....	pag. 51
c. Rete assistenziale per l'emergenza cardiologica .....	pag. 123
d. La rete dell'emergenza nella regione Lazio .....	pag. 173
e. Rete oncologica regionale .....	pag. 187
f. Rete pediatrica .....	pag. 213
g. Percorso nascita .....	pag. 246



## Allegato A

RETE PER L'ASSISTENZA ALL'ICTUS CEREBRALE ACUTO NEL LAZIO:  
IDENTIFICAZIONE DEI NODI E DELLE AREE DI AFFERENZA



## **INDICE**

1. Introduzione
2. Obiettivo
3. Analisi dell'offerta e dell'attività assistenziale per l'ictus acuto
4. Riorganizzazione dell'assistenza per l'ictus acuto
  - 4.1 Descrizione del modello assistenziale di rete
  - 4.2 Requisiti utilizzati per l'identificazione dei nodi della rete
  - 4.3 Identificazione dei nodi della rete
  - 4.4 Identificazione delle aree di afferenza per i centri di riferimento
5. Bibliografia
6. Allegato: PCAE per l'ictus cerebrale acuto

## 1. Introduzione

L'assistenza efficace ed efficiente a pazienti con ictus cerebrale acuta 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 monitorizzazione clinica e strumentale del paziente (Stroke Unit Trialists' Collaboration, 2004). In Italia, il concetto di "assistenza dedicata" al paziente con ictus presso centri specializzati ed 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 (DCR n° 144/02), che ha indicato tra gli obiettivi l'istituzione di strutture dedicate per i 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; mentre recentemente il documento "Linee guida per la costituzione e lo sviluppo di reti assistenziali di alta specialità" nel Lazio , ha riportato una estesa descrizione delle evidenze di letteratura sulle modalità di assistenza all'ictus ed ha individuato il modello organizzativo hub e spoke quale riferimento per l'organizzazione in rete delle UTN suddivise in tre tipologie (Unità di trattamento neurovascolare di I e II livello – UTN I, UTN II; Team neurovascolare – TNV).

## 2. Obiettivo

Il presente documento ha come obiettivo:

- descrivere il modello assistenziale di rete in termini di strutture che la compongono e relazioni funzionali tra di esse;
- identificare le strutture che costituiscono i nodi della rete definendone il livello di cure a partire dall'offerta e dalla stima del fabbisogno assistenziale per i pazienti con ictus cerebrale acuto nonché dalla verifica dei requisiti valutabili attraverso i sistemi informativi ospedalieri e altre fonti di dati disponibili presso l'ASP;
- definire le aree di afferenza per ciascuna struttura identificata come hub.

## 3. Analisi dell'offerta e dell'attività assistenziale per l'ictus acuto

L'Analisi dell'offerta e la stima del fabbisogno sono riportate nel documento "Linee guida per la costituzione e lo sviluppo di reti assistenziali di alta specialità". Di seguito è riportato un approfondimento su i volumi di attività delle strutture erogatrici di assistenza a pazienti con ictus (tabella 1).



**Tabella 1: Descrizione dei volumi di attività per ictus cerebrale per istituto di ricovero.  
(Dimessi con diagnosi principale 430-436, acuti, ordinari, onere SSN, età ≥ 17 anni - SIO 2006)**

ASL	ISTITUTO	TIPO PS*	n. dimissioni con diagnosi principale ictus emorragico (ICD9CM 430, 431, 432)	n. dimissioni diagnosi principale per ictus ischemico (ICD9CM 433, 434, 436)	n. dimissioni diagnosi principale per TIA (ICD9CM 435)	Totale Dimissioni diagnosi principale di ictus cerebrale (ICD9CM 430-436)
RMA	San Giovanni Calibita - FBF	DEAI	12	99	46	157
RMA	Villa Domelia		6	78	27	111
RMA	San Giacomo	DEAI	4	39	21	64
RMA	Nuovo Regina Margherita		3	28	18	49
RMA	Villa Tiberia		1	19	5	25
RMA	Regina Elena		7	4	4	15
RMA	S. Maria e San Gallicano			1	0	1
RMB	Sandro Pertini	DEAI	166	468	333	967
RMB	Policlinico Casilino	PS	66	268	66	400
RMB	Guarnieri		2	146	24	172
RMB	Nuova Itor		4	55	69	128
RMB	Campus Biomedico		5	63	3	71
RMC	Sant'Eugenio	DEAII	19	269	92	380
RMC	Centro Traumatologico Ortopedico Madre G. Vannini - Figlie di San Camillo	DEAI	117	20	43	180
RMC	Life Hospital		26	141	74	241
RMC	San Luca		4	151	84	239
RMC	Nuova Clinica Latina		1	57	10	68
RMC	Chirurgia Addominale all'Eur		29	21	4	54
RMC	Annunziata			23	9	32
RMC	Annunziata			5	7	12
RMD	Israelitico		1	182	66	249
RMD	P.O.I. Portuense (ex San Vincenzo)		6	109	62	177
RMD	Giovanni Battista Grassi	DEAI	15	107	47	169
RMD	San Raffe Pisana		5	75	58	138
RMD	European Hospital			51	0	51
RMD	Citta' di Roma		3	19	19	41
RMD	Villa Pia			31	8	39
RMD	Lazzaro Spallanzani		1	1	1	3
RME	San Pietro - FBF	DEAI	28	174	116	318
RME	Santo Spirito	DEAI	42	148	56	246
RME	Aurelia Hospital	DEAI	31	101	67	199
RME	Villa Aurora		1	56	133	190
RME	Istit. Dermat. Immacolata			183	4	187
RME	San Carlo di Nancy	PS	7	35	30	72
RME	Complesso Int. Columbus		6	21	35	62
RME	San Giorgio			28	30	58
RME	Valle Fiorita		3	44	11	58
RME	Cristo Re	PS	7	21	18	46
RME	San Feliciano		4	13	11	28
RME	Ns. Signora Sacro Cuore			20	2	22
RME	Villa Betania		1	10	4	15
RME	I. N. R. C. A.			13	2	15
RME	Santa Famiglia			3	6	9
RME	San Giuseppe			6	1	7
RME	Nuova Villa Claudia			2	1	3
RME	Salus Infirmorum			1	1	2
RMF	San Paolo	DEAI	33	141	78	252
RMF	Padre Pio	PS	11	53	51	115
RMG	San Giovanni Evangelista	DEAI	7	134	121	262
RMG	Parodi Delfino	PS	4	140	109	253
RMG	Santissimo Gonfalone	PS	4	67	49	120
RMG	Coniugi Bernardini	PS	5	59	38	102

RMG	Angelucci	PS	9	45	30	84
RMG	Santissimo Salvatore		2	39	19	60
RMG	San Giovanni Battista		1	10	29	40
RMH	Civile di Velletri	DEAI	23	158	23	204
RMH	P.O. Anzio-Nettuno Stab. Anzio	DEAI	10	61	122	193
RMH	Sant'Anna	PS	9	87	86	182
RMH	P.O. Albano-Genzano Stab. Albano Laziale	PS	22	73	48	143
RMH	San Raffaele di Velletri (ex M. della Letizia)		7	45	68	120
RMH	San Sebastiano Martire	PS	21	49	50	120
RMH	Madonna delle Grazie		3	56	58	117
RMH	San Giuseppe	PS	9	46	36	91
RMH	P.O. Albano-Genzano	PS	6	51	33	90
RMH	Regina Apostolorum		4	37	15	56
RMH	Istituto Neurotraum. Italiano		3	41	2	46
RMH	Villa delle Querce			2	3	5
RMH	Antonio e Carlo Cartoni				1	1
ASL FR	Umberto I	DEAI	47	261	136	444
ASL FR	Gemma de Bosis	DEAI	8	153	142	303
ASL FR	San Benedetto	PS	23	67	80	170
ASL FR	Pasquale Del Prete	PS	6	47	89	142
ASL FR	Santissima Trinita'	PS	11	60	58	129
ASL FR	Civile di Anagni	PS	12	75	41	128
ASL FR	Civile di Ceccano	PS		30	25	55
ASL FR	Sant'Anna		4	24	5	33
ASL FR	Villa Serena		2	25	6	33
ASL LT	P.O. Latina Nord Stab. Latina	DEAI	121	439	143	703
ASL LT	P.O. Latina Nord Stab. Sezze		1	31	86	118
ASL LT	P.O. Latina Centro Stab. Terracina	PS	13	91	121	225
ASL LT	P.O. Latina Sud Stab. Formia	DEAI	34	96	90	220
ASL LT	Casa del Sole			66	125	191
ASL LT	P.O. Latina Centro Stab. Fondi	PS	13	54	33	100
ASL LT	Citta di Aprilia	PS	13	42	33	88
ASL LT	P.O. Latina Sud Stab. Gaeta	PS	4	20	33	57
ASL LT	P.O. Latina Sud Stab. Minturno		2	25	17	44
ASL LT	Villa Azzurra		1	4	3	8
ASL LT	San Marco			6	1	7
ASL LT	Istituto CTO - Latina	PS		2	1	3
ASL RI	San Camillo de Lellis	DEAI	40	305	168	513
ASL RI	Marzio Marini	PS	1	110	1	112
ASL RI	Francesco Grifoni	PS		13	7	20
ASL VT	Belcolle	DEAI	70	418	98	586
ASL VT	Civile di Acquapendente	PS	11	92	107	210
ASL VT	Andosilla	PS	16	100	68	184
ASL VT	Civile di Tarquinia	PS	6	83	23	112
ASL VT	Santa Teresa del Bambino Gesù		2	35	19	56
ASL VT	Civile di Montefiascone	PS	6	31	13	50
RMD	San Camillo - Forlanini	DEAII	247	737	74	1058
RMC	San Giovanni	DEAII	205	669	161	1035
RME	San Filippo Neri	DEAII	180	333	20	533
RME	Policlinico A. Gemelli	DEAII	158	438	118	714
RMA	Policlinico Umberto I	DEAII	335	845	197	1377
RME	Sant'Andrea	PS	77	406	69	552
RMB	Tor Vergata	PS	62	445	52	559
			<b>467</b>	<b>2.805</b>	<b>1.772</b>	<b>5.044</b>

\* Tipologia di PS/DEA in vigore al 2006.

Ad oggi, 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 ad 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 della presenza nella struttura di reparti e di servizi di diagnostica con disponibilità H24 (radiologia per TAC, RMN, UTIC ed emodinamica, diagnostica di laboratorio, neurochirurgia, cardiologia, anestesia e rianimazione, chirurgia vascolare). La presenza dei requisiti è stata rilevata con apposito questionario inviato a tutte le strutture del Lazio da parte dell'Assessorato alla Sanità. In seguito a tale rilevazione sono stati riconosciuti centri autorizzati con determina regionale (Determinazione del Direttore del dipartimento di programmazione sanitaria dell'Assessorato alla Sanità n°503/2005; Determina n°1969/2006) le seguenti strutture ospedaliere: Policlinico Umberto I – Università “La Sapienza” di Roma, AO S. Camillo-Forlanini, AO S. Filippo Neri, AU Policlinico A. Gemelli, il Polo ospedaliero S.Spirito, l'Ospedale S. Pietro-FBF, il Policlinico Tor Vergata, l'AO S. Andrea.

#### 4. Riorganizzazione dell'assistenza per l'ictus acuto

##### **4.1 Descrizione del modello assistenziale di rete**

In base ai riferimenti normativi già esistenti, indicati precedentemente, per rispondere al bisogno di assistenza al paziente con ictus cerebrale acuto nel Lazio è necessaria, quindi, l'identificazione di “centri dedicati” di riferimento o *hub* e periferici o *spoke* e la loro organizzazione in una rete. Le strutture assistenziali dedicate della rete devono essere dislocate sul territorio in modo da ottimizzare le connessioni funzionali tra ospedali periferici e centri di riferimento. 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), riportato in allegato, prodotto da un gruppo di lavoro multidisciplinare, coordinato dall'ASP, che riporta le raccomandazioni basate sulle migliori prove di efficacia esistenti in letteratura sull'argomento e dal protocollo organizzativo per il trasferimento del paziente critico nella rete dell'emergenza (DGR 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).

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 è un reparto di terapia semi-intensiva specializzato alla cura di pazienti con deficit cerebrale focale iper-acuto (3-6 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 ed 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 dotati di monitor per il controllo dei parametri vitali e della funzionalità cardiaca;
- presenza di team multidisciplinare per la gestione del paziente acuto composto da medici ed 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);
- 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 concordate con l'ARES118 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. Di fatti, 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 ed 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.

### **Centro SPOKE II livello– 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 dei pazienti che dovessero presentare condizioni cliniche di criticità al livello superiore di cure (UTN II) 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/DEAI livello);
- presenza di team multidisciplinare per la gestione del paziente composto da medici ed 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 h 24 alla TC;
- via di accesso preferenziale h 12 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'ARES118 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.
  -

## **Centro SPOKE I livello - 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 necessario, comunque, prevedere almeno un TNV per ASL.

### Requisiti comuni a tutti e tre i livelli di assistenza (UTN II, UTN I, TNV) sono:

- Raccolta sistematica delle informazioni cliniche mediante cartella clinica informatizzata al fine di condividere il processo assistenziale del paziente sia per la valutazione di qualità delle cure erogate.
- Attivazione di collegamenti telematici per consentire attività di teleconsulto a distanza tra i reparti interessati (UTN I, UTN II, neurochirurgie, neuroradiologie).
- 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;
- 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 3-6 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 essere trasportati nelle strutture sede di UTN I livello.

#### 4.2 Requisiti utilizzati per l'identificazione dei nodi della rete per l'ictus acuto

Sulla base di quanto finora esposto, per poter individuare le UTN II livello attraverso i dati disponibili sono stati considerati 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. Tale requisito è possibile rilevarlo attraverso le informazioni raccolte con il questionario che l'Assessorato alla Sanità ha inviato alle strutture per rilevare la presenza di dotazioni strutturali, tecnologiche ed organizzazione per essere individuato come centro autorizzato;
- volumi di attività definiti come numero di casi di ictus cerebrale dimessi in un anno (almeno 500 casi/anno).

Nella tabella 2 sono riportati gli elementi utili ad individuare le UTN di II livello.

**Tabella 2. Elementi per identificare le UTN II livello per la rete**

Requisiti (Unità di trattamento neurovascolare II livello)		S.Camillo	S.Giovanni	S. Filippo neri	Gemelli	Pol Umb I	PTV*	Latina Nord*
<b>DEA II livello°</b>		Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
<b>Centro autorizzato regionale alla terapia trombolitica intravenosa<sup>oo</sup></b>		Si	No	Si	Si	Si	Si	No
<b>N°trombolisi intravenose **</b>		13	-	14	14	86	20	-
<b>Volumi di attività (500 casi/anno)</b>	Dimissioni per ictus cerebrale (ischemico ed emorragico, TIA) > 17 anni	1058	1035	533	714	1377	559	821
	<i>Dimissioni per ictus ischemico &gt; 17 anni</i>	737	669	333	438	845	445	470

\* DEA II secondo la proposta di riorganizzazione della rete dell'emergenza. \*\* Fonte: SITS-International Stroke Registry. ° Il requisito è indicato nella DGR 424/06 sui requisiti minimi autorizzativi. °° I requisiti per essere centro autorizzato al trattamento trombolitico sono: presenza di personale medico con esperienza e a trattare patologie cerebrovascolari e formato all'uso della terapia trombolitica; presenza di reparti e di servizi di diagnostica con disponibilità H24 (radiologia per TAC, RMN, UTIC ed emodinamica, diagnostica di laboratorio, neurochirurgia, cardiologia, anestesia e rianimazione, chirurgia vascolare). La presenza dei requisiti è stata rilevata con apposito questionario inviato a tutte le strutture del Lazio da parte dell'Assessorato alla Sanità.



#### 4.3 Identificazione dei nodi della rete

In base all'analisi effettuata è possibile identificare le seguenti strutture ospedaliere come UTN II:

- Az.Universitaria Policlinico Umberto I
- Az. Universitaria Policlinico Tor Vergata
- AO S.Camillo Forlanini
- Az.Universitaria Policlinico Gemelli.

#### 4.4 Identificazione delle aree di afferenza per i centri di riferimento

Per ciascun centro UTN II livello è stata identificata l'area di afferenza (vedi Tabella 3), definita sulla base dei seguenti criteri: 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. Considerata la collocazione dei centri hub presso strutture con DEA di II livello, le aree di afferenza coincidono con quelle indicate nel documento sulla riorganizzazione della rete dell'emergenza del Lazio.

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.

Entro 6 mesi, comunque, verrà rivalutata la suddivisione territoriale delle aree in virtù della particolare collocazione geografica e delle caratteristiche assistenziali dell'A.O. S. Andrea.

Nella tabella 4 è riportata la tabella descrittiva per singola struttura erogatrice di tipologia di nodo e l'area di afferenza.

**Tabella 3 – Aree di afferenza per le unità di trattamento neurovascolare di II livello (UTN II)**

UTN II	Popolazione dell'area di riferimento	Area di afferenza
Pol. Umberto I	1.549.832	<b>Area 1:</b> ASL RMA, ASL RM B (Distretto 1), ASL RMG, ASL FR
Pol. Tor Vergata	903.648	<b>Area 2:</b> ASL RM B (Distretti 2, 3, 4) , ASL RMH (Distretti 1, 2, 3 e 5), ASL RM C (Distretto 6)
S. Camillo	1.596.722	<b>Area 3:</b> ASL RMC (Distretti 9, 11 e 12), ASL RMD; ASL RM H (Distretti 4 e 6), ASL LT
Gemelli	1.219.770	<b>Area 4:</b> ASL RM E, ASL RM F, ASL VT, ASL RI

**Tabella 4 - Identificazione nodi della rete di Unità di Trattamento Neurovascolare -UTN**

ASL	COD.IST	ISTITUTO	TIPO	Identificazione nodi (UTN I - UTN II)	Aree di afferenza
RMA	02700	San Giacomo	DEAI		Area 1
RMA	07200	San Giovanni Calibita - FBF	DEAI	UTN I	Area 1
RMB	16500	Policlinico Casilino	DEAI°	TNV	Area 2
RMB	26700	Sandro Pertini	DEAI	UTN I	Area 1
RMC	05800	Centro Traumatologico Ortopedico	DEAI°		Area 3
RMC	06600	Sant'Eugenio	DEAI°	UTN I	Area 3

RMC	07600	Madre Giuseppina Iannini – Figlie di San Camillo	DEAI	TNV	Area 2
RMD	06100	Giovanni Battista Grassi	DEAI	UTN I	Area 3
RME	07300	San Carlo di Nancy	PS		Area 4
RME	07400	Cristo Re	PS		Area 4
RME	02601	P.O. Santo Spirito	DEAI	UTN I	Area 4
RME	07100	San Pietro – Fatebenefratelli	DEAI	UTN I	Area 4
RME	18000	Aurelia Hospital	DEAI	TNV	Area 4
RMF	05900	Padre Pio	PS		Area 4
RMF	04500	San Paolo	DEAI	TNV	Area 4
RMG	04600	Parodi Delfino	PS	TNV	Area 1
RMG	04900	Santissimo Gonfalone	PS		Area 1
RMG	05100	Coniugi Bernardini	PS		Area 1
RMG	05200	Angelucci	PS		Area 1
RMG	05300	San Giovanni Evangelista	DEAI	UTN I	Area 1
RMH	04401	P.O. Albano-Genzano Stab. Albano	PS		Area 2
RMH	04402	P.O. Albano-Genzano Stab. Genzano	PS		Area 2
RMH	04701	San Sebastiano Martire	PS		Area 2
RMH	04801	San Giuseppe	PS		Area 2
RMH	13400	Sant'Anna	PS		Area 3
RMH	04301	P.O. Anzio-Nettuno Stab. Anzio	DEAI	UTN I	Area 3
RMH	05401	Civile Paolo Colombo	DEAI	TNV	Area 2
ASLVT	00200	Civile di Acquapendente	PS		Area 4
ASLVT	00300	Andosilla	PS	TNV	Area 4
ASLVT	00400	Civile di Montefiascone	PS		Area 4
ASLVT	00600	Sant' Anna	PS		Area 4
ASLVT	00700	Civile di Tarquinia	PS		Area 4
ASLVT	27100	Belcolle	DEAI	UTN I	Area 4
ASL RI	02000	Marzio Marini	PS	TNV	Area 4
ASL RI	02200	Francesco Grifoni	PS		Area 4
ASL RI	01900	San Camillo de Lellis	DEAI	UTN I	Area 4
ASL LT	20003	P.O. Latina Nord Priverno	PS		Area 3
ASL LT	20401	P.O. Latina CentroTerracina	PS		Area 3
ASL LT	20402	P.O. Latina Centro Fondi	PS		Area 3
ASL LT	20602	P.O. Latina Sud Gaeta	PS		Area 3
ASL LT	21200	Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico	PS		Area 3
ASL LT	21500	Città di Aprilia	PS		Area 3
ASL LT	20001	P.O. Latina Nord Stab. Latina	DEAI	UTN I	Area 3
ASL LT	20601	P.O. Latina Sud Stab. Formia	DEAI	TNV	Area 3
ASL FR	21700	San Benedetto	PS		Area 1
ASL FR	21800	Civile di Anagni	PS		Area 1
ASL FR	22100	Civile di Ceccano	PS		Area 1
ASL FR	22500	Pasquale Del Prete	PS		Area 1
ASL FR	22600	Santissima Trinita'	PS		Area 1
ASL FR	21600	Umberto I	DEAI	UTN I	Area 1
ASL FR	22800	Gemma de Bosis	DEAI	TNV	Area 1
<b>A.O.RMD</b>	90100	San Camillo – Forlanini	DEAI	<b>UTN II</b>	<b>Area 3</b>
A.O.RMA	90200	San Giovanni	DEAI	UTN I	Area 1
A.O. RME	90301	San Filippo Neri	DEAI	UTN I	Area 4
<b>A.U. RME</b>	90501	Policlinico A. Gemelli	DEAI	<b>UTN II</b>	<b>Area 4</b>
<b>A.U.RMA</b>	90600	Policlinico Umberto I	DEAI	<b>UTN II</b>	<b>Area 1</b>
A.U. RME	91900	Sant'Andrea	PS	UTN I	Area 4

## 5. Bibliografia

1. Didier LEYS,<sup>1</sup> E. Bernd RINGELSTEIN,<sup>2</sup> Markku KASTE,<sup>3</sup> Werner HACKE,<sup>4</sup> for the European Stroke Initiative (EUSI) executive committee. The main components of stroke unit care: results of an European expert survey. (Working in progress) European Stroke Initiative (EUSI) executive committee
2. Ministero della Salute Documento di indirizzo per la definizione del percorso assistenziale ai pazienti con ictus cerebrale. Accordo della Conferenza Stato Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 3 febbraio 2005.
3. Ministero della salute. Commissione per il miglioramento del sistema urgenza-emergenza. Documento sulle problematiche della rete ospedaliera Gruppo di lavoro: Chiara, Enrichens, Giustolisi, Ferrari, Berni, Giovanardi, Giuffrida, Petrovich, Di Benedetto, Mannucci, Salvini, Di Leo. Marzo 2005
4. EUSI European Stroke Initiative. <http://www.eusi.org/>.
5. SPREAD Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion. Ictus cerebrale: Linee guida italiane di prevenzione e trattamento, A.A. Bignamini, Editor. 2005, Hyperphar Group SpA - Catel Division: Milano. p. 297-376. <http://www.spread.it/>.
6. Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
7. Wardlaw JM, del Zoppo G, Yamaguchi T, Berge E. Thrombolysis for acute ischaemic stroke. Cochrane Library, Issue 4, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. Warburton Elizabeth. Stroke management. Clinical evidence 2004; 11:240-256.
8. Brain attack coalition's project. JAMA 2000; 283: 3102-3109.
9. Delibera di Giunta Regionale Emilia Romagna n° 2002/1267 del 22/7/2002: Piano sanitario regionale 1999/2001- approvazione di linee guida per l'organizzazione delle aree di attività di livello regionale secondo il modello hub and spoke.
10. Linee guida PNLG regione Toscana- diagnosi e cura dell'ictus acuto in Toscana. Ottobre 2005.
11. Documento di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza al paziente con ictus nella fase acuta (pre-ospedaliera e ospedaliera) "programma stroke care". Febbraio 2005.
12. Delibera di Giunta Regionale del 14 luglio 2006, n. 424. Legge regionale 3 marzo 2003 n. 4. Requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio di attività sanitarie per strutture sanitarie e socio sanitarie.

**ALLEGATO**

**Percorsi Clinico Assistenziali  
per la gestione del paziente critico  
nella rete dell’Emergenza della Regione Lazio**

**(PCAE)**

**PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE NELL' EMERGENZA (PCAE) PER IL  
PAZIENTE AFFETTO DA ACCIDENTE CEREBROVASCOLARE ACUTO NON  
TRAUMATICO**

A cura di:

Responsabile scientifico del Progetto *“Percorsi Clinico Assistenziali in Emergenza nel Lazio”*

Gabriella Guasticchi - Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio

Assunta De Luca - Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio

Gruppo di Coordinamento del Progetto *“Percorsi Clinico Assistenziali in Emergenza nel Lazio”*

Nera Agabiti, Stefania Cardo, Adriana Carola, Assunta De Luca, Marica Ferri, Stefania Gabriele, Gabriella Guasticchi,

Tom Jefferson, Antonella Polenta - Agenzia di Sanità Pubblica Regione Lazio

Gruppi di lavoro dei documenti PCAE: sono riportati nei singoli PCAE

Revisori dei documenti PCAE: sono riportati nei singoli PCAE

Società Scientifiche rappresentate

AAROI: Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani

ALICE: Associazione per la Lotta all'Ictus Cerebrale

ANMCO: Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

ANMDO: Associazione Nazionale Medici di Direzione Ospedaliera

APOL: Associazione Pediatri Ospedalieri Lazio

GSMCV: Gruppo di Studio Malattie Cerebrovascolari

MUP: Medicina d'Urgenza Pediatrica

SIARTI: Società Italiane Anestesia Analgesia Rianimazione Terapia Intensiva

SIAPAV: Società Italiana di Angiologia e Patologia Vascolare

SICardiologia: Società Italiana di Cardiologia

SICirurgia: Società Italiana di Chirurgia

SICI-GISE: Società Italiana di Cardiologia Invasiva

SICCH: Società Italiana di Chirurgia Cardiaca

SICM: Società Italiana Chirurgia della Mano

SICUT: Società Italiana di Chirurgia d'Urgenza e del Trauma

SICVE: Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare

SICG: Società Italiana di Chirurgia del Ginocchio

SIGO: Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia

SIGOs: Società Italiana Geriatri Ospedalieri

SIMEU: Società Italiana di Medicina d'Emergenza-Urgenza

SIN: Società Italiana Neurologia

SINCH: Società Italiana di Neurochirurgia

SIOT: Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia

SIP: Società Italiana Pediatria

**SIS 118: Società Italiana Sistema 118**

SNO: Società Neurologi, Neurochirurghi e Neuroradiologi Ospedalieri

#### Comitato di redazione

Nera Agabiti, Anna Patrizia Barone, Stefania Cardo, Adriana Carola, Assunta De Luca, Marica Ferri, Stefania Gabriele, Gabriella Guasticchi, Tom Jefferson, Antonella Polenta - Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio

Fabio Azzeri, Stefano Calderale, Alessandro Caminiti, Stefano Cataldi, Antonio Castellano, Enrico Margaritondo, Anna Maria Matarese, Antonio Montone, Cesare Greco, Daniela Parola, Quirino Piacevoli, Giulio Maria Ricciuto, Maria Luisa Sacchetti

#### Supporto tecnico

Andrea Angelini, Carlo Francia, Roberta Macci, Sandra Magliolo, Annalisa Vitale

#### Elaborazione dati SIO - SIES

Giuliano Lori, Cecilia Pardi, Valeria pancioni

## **Gruppo di lavoro**

Anestesisti: Fabio Azzeri, Giuseppe Gristina

Neurologo: Anna Maria Cipriani, Maria Luisa Sacchetti

Neurochirurgo: Umberto Agrillo, Paolo Missori

Neuroradiologo: Luigi Bozzao, Patrizia Pantano

Chirurghi vascolari: Giovanni Bandiera, Paolo Leporelli

Medico Angiologo: Claudio Allegra, Marisa Bonifacio

Medico Geriatra: A. Mancinella

Medici emergenza: Paolo Melaragno

Medici PS: Maria Serena Fiore

Infermieri emergenza: U. Gazzarini , Gualtieri

Medici 118: Alessandro Caminiti, Marcello Conte, Rossella Crucci, Antonio De Santis

Infermieri 118: Parisella, Merosi

Direzione sanitaria: Luca Casertano

ALICE (Associazione Pazienti): Franco Antimi

Assunta De Luca, Tom Jefferson - Agenzia di Sanità Pubblica Regione Lazio

## **Revisori**

Corrado Argentino - Professore ordinario di Neurologia, Università .La Sapienza. di Roma. Direttore responsabile della *Stroke Unit* .Policlinico Umberto I - Università .La Sapienza. Roma.

Elio Carchietti- Direttore SOC 118- Elisoccorso regionale .Friuli Venezia Giulia.

Salvatore Corrao - Dirigente Medico Responsabile Unità Operativa di Metodologia Clinica, indirizzo Epidemiologico-Statistico - Azienda Ospedaliera Civico e Benfratelli . Palermo .Sicilia

Domenico Inzitari - Professore ordinario di Neurologia, Università degli Studi di Firenze. Direttore UO Clinica Neurologica III-Azienda Ospedaliera-Universitaria di Careggi.

Salvatore Corrao, Direttore Scientifico del Centro Studi Ricerca e Formazione della F.A.D.O.I. . Roma. Responsabile U.O. Metodologia Clinica, ind. Epidemiologico-Statistico Sistema Informativo e Statistico Aziendale Azienda Ospedaliera Civico e Benfratelli - Palermo.

## Introduzione

Viene riassunto nel presente documento il percorso assistenziale nell'emergenza per soggetti affetti da probabile ictus cerebrale.

Per ciascuna fase del percorso sono stati inseriti sintetici punti di criticità intesi come requisiti essenziali per un buon funzionamento del percorso specifico, nonché livelli di evidenza per le azioni suggerite nel testo e forza di ciascuna raccomandazione. I giudizi sono basati sulla qualità e quantità delle evidenze scientifiche disponibili per la efficacia e la sicurezza di ciascuna azione raccomandata, come suggeriti dal Programma Nazionale Linee Guida (PNLG) (allegato 1). Per maggiori spiegazioni sulla scelta e definizione dei livelli di evidenza e forza delle raccomandazioni si veda il capitolo dei metodi o si consulti il sito [www.pnlg.it](http://www.pnlg.it)

Le azioni raccomandate all'interno di questo PCAE vanno intese come funzioni da essere espletate da persone competenti, piuttosto che da figure professionali specifiche.

Le raccomandazioni valgono anche in casi in cui il paziente arrivato autonomamente ovvero assistito dal 118 si trova in presidi ospedalieri (PO) sprovvisti di capacità diagnostica e per il quale si auspica *rendez-vous* con l'appropriato mezzo di emergenza presso il suddetto PO e trasferimento in PO appropriato (come definito in questo documento).

Questo documento è composto di tre parti. La prima è una spiegazione sintetica del percorso con relative azioni raccomandate. La seconda è un algoritmo per facilitare l'uso dello strumento che corrisponde ad una ulteriore sintesi di questo documento. La terza è un allegato con descrizione dettagliata dei criteri diagnostico – terapeutico - organizzativi per il paziente affetto da ictus ischemico ed emorragico.

La lettura del testo e dell'algoritmo deve essere eseguita contestualmente.

La validità del presente PCAE è fino alla fine del settembre 2006, seguirà quindi un aggiornamento.

## 1. DEFINIZIONI

Viene definito ictus cerebrale ogni deficit neurologico focale insorto improvvisamente e verosimilmente riconducibile ad una patologia non traumatica dei vasi cerebrali che perduri più di 24 ore. Viene definito Attacco Ischemico transitorio-TIA ogni deficit neurologico focale insorto improvvisamente e verosimilmente riconducibile ad una patologia non traumatica dei vasi cerebrali che si risolve entro 24 ore.

Non è indicato definire come deficit cerebrovascolare acuto la perdita di coscienza, le vertigini, l'amnesia globale transitoria, i drop attacks, l'astenia generalizzata, lo stato confusionale, l'incontinenza sfinterica.

### Triage telefonico

Attività svolta dal personale indicato dai protocolli provinciali del S.E.S. 118 volta a rispondere all'allarme sanitario, raccogliere informazioni essenziali, stabilire gli indici di gravità e le priorità di intervento ed a comunicarle alle unità di soccorso al fine di garantire una risposta idonea alla richiesta di soccorso.

### Triage sul territorio

Attività svolta dalle unità di soccorso presenti sul territorio tesa ad individuare le priorità di intervento in occasione di soccorso a più vittime ed a conferire alla struttura ospedaliera adeguata il paziente con un inquadramento delle condizioni cliniche di immediata ed univoca comprensione.



## Triage ospedaliero

Codice rosso: parametri vitali alterati secondo l'ABC

Codice giallo: deficit neurologico focale senza parametri vitali alterati

Codice verde: paziente con TIA identificato entro 48 ore

### 2.

#### Richiesta di intervento al Sistema di Emergenza Sanitaria 118

Obiettivi dell'operatore di centrale operativa (CO) 118:

Definizione del codice di gravità attraverso:

Individuazione del quadro sindromico da deficit cerebrovascolare acuto

Riconoscimento dei segnali di allarme della cefalea acuta (E.S.A.)

Esordio improvviso

La peggior cefalea della vita

Diversa dal solito

Nuova insorgenza in paziente con più di 50 anni

Dopo uno sforzo

Preceduta da sincope

Determinazione del momento di inizio dei sintomi

Ictus iperacuto: insorgenza dei segni da meno di 6 ore

Ictus acuto: insorgenza dei segni da più di 6 ore e da meno di 96 ore

Invio mezzo di soccorso adeguato

Definizione in base a triage telefonico per pz con sospetto ictus in due gruppi:

#### 1. Parametri ABC alterati - CODICE ROSSO

Per casi classificati come CODICE ROSSO le raccomandazioni qui contenute vanno interpretate all'interno delle raccomandazioni e procedure più generali.

Uno o più dei seguenti sintomi e/o segni CODICE GIALLO:

1. I due lati della faccia del paziente non si muovono ugualmente
2. Gli arti del paziente non si muovono nella stessa maniera
3. Il paziente non parla normalmente

### 3.

#### Invio di mezzo di soccorso.

#### 3a.

##### Codice Rosso

Invio di mezzo ALS (con medico a bordo) - se non disponibile invio BLS (con Infermiere Professionale a bordo). (E' cura della CO reperire ed attivare la più vicina ALS in modo da poter fornire quanto prima il necessario supporto).

*Criticità: Il codice rosso corrisponde parametri ABC alterati. L'assistenza ottimale sulla scena (domicilio del paziente, strada, altro) e fino al ricovero in ospedale implica due priorità:*

- *il Supporto di Base alle funzioni Vitali ( **Basic Life Support** ) , quando indicato;*
- *il **rapido trasferimento presso il D.E.A. appropriato** per il prosieguo delle terapie specialistiche più appropriate.*

*Come in altre situazioni analoghe, ove è minacciata la vita del paziente o la funzione di un organo, l'equipe assistenziale ottimale sulla scena e durante il trasferimento "primario" verso il D.E.A. o Pronto Soccorso, è quella comprendente il Medico Anestesista Rianimatore; in subordine quella con Medico esperto in emergenza, in subordine un Infermiere Professionale 118 .*

*Poiché può non essere prontamente disponibile uno dei due equipaggi con Medico a bordo (Anestesista Rianimatore o Medico d'Urgenza), essendo prioritaria oltre che **l'assistenza alle funzioni vitali di base** anche la **rapidità** della diagnosi e dell'eventuale intervento terapeutico specialistico ospedaliero, è comunque ritenuta adeguata l'assistenza fornita dall'Infermiere Professionale (**Raccomandazione B Livello 1**) (*Sethi D, The Cochrane Library 2003*)).*

### **3b.**

#### **Codice giallo per sospetto ictus**

(La C.O., in caso di codice giallo, invia un mezzo ALS secondo i protocolli delle C.C.O.O. 118).

Invio di mezzo ALS - se non disponibile- invio BLS.

*(La dotazione e le caratteristiche dei mezzi ALS e BLS del S.E.S. 118 sono oggetto del Protocollo sul trasferimento interospedaliero del paziente critico in emergenza in continuità di soccorso. DGR 1729/02).*

### **4.**

#### **Attività sul territorio dei mezzi ALS e BLS.**

L'arrivo sulla scena dei mezzi di soccorso e dei relativi equipaggi deve essere condizionato dalla valutazione della sicurezza ambientale (secondo quanto previsto e insegnato ai corsi di soccorso base)

### **OPERATIVITA' SULLA SCENA**

Definizione del codice di gravità e riconoscimento precoce dei segni dell'ictus. Le azioni da svolgere e la sequenza con cui devono essere eseguite sono di seguito riportate:

1. Gestione,Trattamento, Stabilizzazione: ABCD, parametri vitali, GCS.
2. Determinare la Glicemia –HGT- e trattarla se minore di 50 mg% e maggiore di 300 mg%.
3. Assicurare la pervietà delle vie aeree con la somministrazione di O2 e cristalloidi.
4. Usare la Cincinnati Prehospital Stroke Scale, CSS.
5. Anamnesi con determinazione dell'ora d'inizio dei sintomi.

Trattare l'ipotensione arteriosa se PA minore di 90 mmHg (infusione di soluzione salina) (**Raccomandazione B, Livello 1**) (*BASC. The Cochrane Library, 2003*).

Evitare il trattamento dell'ipertensione e, comunque, se PAS maggiore 185 mmHg e/o PAD maggiore di 110 mmHg; *evitare la somministrazione di ipotensivi* (**Raccomandazione D, Livello 2**) (*SPREAD 2003*)

Non somministrare nulla per os, non somministrare antiaggreganti; (**Raccomandazione E, Livello 1**) (*Gubitz G, The Cochrane Library, 2003*)).

Proteggere gli arti durante il trasporto.

L'operatore di ALS deve limitare, per quanto possibile, la sedazione del paziente ai fini di un corretto esame neurologico in PS/DEA

*Criticita': possibilità di protocolli sottoscritti da medici di CO 118. Di fatto le funzioni infermieristiche possono essere ampliate, per normativa vigente ( L. 42/99, legge 251/00,D.M. MUST 509/99), se esistono protocolli di attività validati e attivati nel sistema.*

*Questo significa che l'infermiere è abilitato a fare tutte le manovre per cui è stato formato, e per cui è stato autorizzato; invece per la gestione dei protocolli farmacologici, il protocollo diventa una prescrizione, in cui il medico responsabile della struttura e firmatario del protocollo si assume la responsabilità di prescrizione. Per ogni segno o sintomo rilevato da parte dell'infermiere, il medico, in astratto, prescrive un trattamento farmacologico assistenziale.*

*Questa normativa insieme con quella specifica dell'emergenza, danno luogo alla possibilità di autorizzare gli infermieri a manovre e protocolli particolari.*

## 5.

### Trasporto del paziente alla struttura adeguata

#### 5a.

#### **Paziente con parametri ABC alterati, (codice rosso)**

Trasporto a P.O. con T.C. h24, con possibilità di cure intensive neurochirurgiche.

Con assistenza mezzo ALS inviare il paziente al PO più idoneo. Con assistenza mezzo BLS, inviare al PO più vicino.

Preavvisare il P.O. (CO118) dell'imminente arrivo di un paziente con sospetto ictus .

In PPS, in mancanza di mezzo ALS sul territorio, in presenza di CODICE ROSSO, richiedere invio elicottero o CMR.

#### 5b.

#### **Paziente cosciente, senza alterazione parametri ABC (codice giallo)**

Nel caso in cui non è possibile stabilire il tempo dell'insorgenza , sia il mezzo ALS che BLS inviano il paziente al PO più idoneo e con TAC.

In caso di:

5b.1. Presenza dei seguenti segni da **meno di 6h**:

#### **Cincinnati Prehospital Stroke Scale (CSS)**

(l'alterazione di almeno uno dei tre segni è fortemente suggestiva di ictus)

<b>Paresi facciali:</b>	chiedere al paziente di sorridere o di mostrare i denti e chiedere di notare:	se entrambi i lati della faccia si muovono ugualmente ( <b>normale</b> ) o se un lato non si muove bene come l'altro ( <b>non normale</b> ).
<b>Deficit motorio degli arti superiori:</b>	chiedere al paziente di estendere gli arti superiori per 10 secondi mentre tiene gli occhi chiusi e	se gli arti si muovono alla stessa maniera ( <b>normale</b> )

	chiedere di notare:	o se uno non si muove o uno cade, quando confrontato all'altro (non normale).
<b>Anomalie del linguaggio:</b>	chiedere al paziente di ripetere una frase (ad esempio "trecentotrentatreesimo reggimento della cavalleria") e chiedere di notare:	se il paziente usa le parole correttamente con linguaggio fluente (normale) o se strascica le parole o usa parole inappropriate o è incapace di parlare (non normale).

Trasporto al DEA II con annessa struttura dedicata (UTN).

**((Raccomandazione A, Livello 1) (Stroke Unit Trialists' Collaboration. The Cochrane Library, 2003. ))**

Criticità:

Assenza rete UTN. 1 UTN in tutta la regione.

5b.2

Presenza dei seguenti segni da **più di 6h e meno 72 h:**

**Cincinnati Prehospital Stroke Scale** (vedi sopra)

Sia il mezzo ALS che BLS inviare il paziente al PO più idoneo.

Trasferimento al DEA I con UTN dedicata e con TAC h24.

Criticità:

Assenza rete UTN. Nessuna UTN I in tutta la regione. La sperimentazione verrà eseguita quando verranno attivate le UTN I livello.

Criticità:

In assenza di reparto di neurochirurgia e' necessaria la tempestiva trasmissione di immagini a scopo diagnostico presso strutture qualificate possibili afferenti.

Criticità:

Se nel frattempo il paziente passa dal codice giallo al codice rosso (a causa del suo ictus o per altro motivo) si trasferisce al DEA II.

La TC cerebrale senza contrasto è indicata in urgenza (entro 3 ore nei centri attrezzati e comunque non oltre le 24 ore dall'esordio clinico) per la diagnosi differenziale tra ictus ischemico ed emorragico ed altre patologie non cerebrovascolari e l'identificazione di eventuali segni precoci di sofferenza ischemica encefalica. Nelle prime 48 ore dall'esordio di ictus è indicato il monitoraggio delle funzioni vitali e dello stato neurologico. Questo va proseguito in caso di instabilità clinica. Questa gestione è possibile in strutture di terapia intensiva o sub-intensiva presenti, per legge, solo in ospedali provvisti di DEA I o DEA II.

Secondo la normativa nazionale e regionale vigente, il trasporto di un paziente alla struttura ospedaliera da parte di un equipaggio di soccorso non medicalizzato, è necessariamente alla struttura più vicina. Bisogna comunque dire che se il paziente è stabile, la struttura deve essere quella più vicina ma con TAC. È

fondamentale, ciò, perché le cure differiscono se la diagnosi è diversa ( ischemia/emorragia) e la diagnosi differenziale è possibile solo con la TAC.

Invece, per poter indirizzare il paziente affetto da ictus, non stabilizzato e trombolisabile, alla struttura adeguata è necessario che l'equipaggio dell'ambulanza BLS si rapporti con la Centrale Operativa 118 e che, questa, allerti la struttura stessa. In caso di paziente instabile o con codice rosso, è indispensabile che si attui un *rendez vous* con ambulanza ALS e/o con eliambulanza presso elisuperfici opportunamente individuate, in modo da poter indirizzare il paziente alla struttura adeguata in condizioni di sicurezza.

### **È fondamentale garantire la protezione delle vie aeree e la ventilazione polmonare come previsto dal protocollo 1729/02.**

*Criticità: la gestione delle vie aeree è uno dei primi e principali obiettivi negli interventi di emergenza. L'intubazione orotracheale "rimane la procedura ottimale". Nelle situazioni in cui l'intubazione è impossibile o non è immediatamente praticabile (per problemi anatomici o per le lesioni del paziente, il paziente incastrato in auto o comunque in posizione non accessibile, la presenza di personale medico con una limitata esperienza nell'intubazione, la presenza di solo personale non medico non preparato o non esperto nell'intubazione) i presidi sovraglottici pur non garantendo lo stesso livello di protezione del tubo endotracheale, possono essere una valida alternativa che consente di mantenere almeno temporaneamente la pervietà delle vie aeree e la ventilazione del paziente.*

## **6. 1**

### **Fasi di ospedalizzazione (diagnosi e terapia) ed eventuale trasferimento**

#### **VEDI ALLEGATO A**

#### **Fase di trasferimento (in sintesi)**

1. Paziente con deficit focale iperacuto ( $\leq 6$  ore) ed in condizioni cliniche che non controindicano il trattamento medico o chirurgico in emergenza:

1.1. Il paziente è candidato a trattamento medico presso un DEA II fornito di staff di neurologi esperti di patologia neurovascolare (UTN) per opportuna valutazione diagnostica e terapeutica.

**UTN: ((Raccomandazione A, Livello 1) (Stroke Unit Trialists' Collaboration. The Cochrane Library, 2003)).** Warburton Elizabeth. Stroke management. Clinical evidence 2004; 11:240-256

**Trombolisi: ((Raccomandazione B, Livello 1) (Wardlaw JM in The Cochrane Library, 2003) (DM 24/07/03, G.U. n.190/03)).** Warburton Elizabeth. Stroke management. Clinical evidence 2004; 11:240-256  
Mielke O, Wardlaw J, Liu M. Thrombolysis (different doses, routes of administration and agents) for acute ischaemic stroke. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 1

Il trasferimento di questi pazienti sarà a cura del S.E.S. 118 e verrà effettuato secondo i protocolli e con le caratteristiche dei mezzi ed equipaggi individuate nel *Protocollo sul trasferimento interospedaliero del paziente critico in emergenza in continuità di soccorso. DGR 1729/02.*

2. Paziente con deficit focale > 6 ore, paziente con regressione completa o rapido miglioramento del deficit al momento dell'osservazione (TIA):

2.1. Trasferimento differito, entro al massimo 3 ore dall'arrivo in PS in un DEA I e con letti di cura dedicati, a cura del SES 118.

3. Il paziente con ictus candidato a trattamento chirurgico, indipendentemente dal tempo d'insorgenza dei sintomi, deve essere inviato presso un'ospedale sede di DEA II dove, oltre le possibilità fornite dal DEA I, è presente una Struttura Complessa Neurochirurgica.

Il trattamento chirurgico dell'emorragia cerebrale **è indicato** in:

- emorragie cerebellari di diametro >3 cm con quadro di deterioramento neurologico o con segni di compressione del tronco e idrocefalo secondario a ostruzione ventricolare;
- emorragie lobari di grandi o medie dimensioni ( $\geq 50 \text{ cm}^3$ ), in rapido deterioramento per compressione delle strutture vitali intracraniche o erniazione;
- emorragie intracerebrali associate ad aneurismi o a malformazioni artero-venose, nel caso in cui la lesione strutturale associata sia accessibile chirurgicamente.

Il trattamento chirurgico dell'emorragia cerebrale **non è indicato** in:

- piccole emorragie intracerebrali ( $< 10 \text{ cm}^3$ ) o deficit minimi [è indicata la sola terapia medica];
- emorragie intracerebrali con GCS  $\leq 4$  (non vanno trattate chirurgicamente, per l'esito neurologico estremamente povero, e per l'elevata mortalità);
- emorragie intracerebrali associate ad aneurismi o a malformazioni artero-venose, nel caso in cui la lesione strutturale associata non sia accessibile chirurgicamente.

Naturalmente ogni paziente deve comunque essere sottoposto a TC cerebrale, senza contrasto in urgenza (entro 6 ore nei centri attrezzati e comunque non oltre le 24 ore dall'esordio clinico), per la diagnosi differenziale tra ictus ischemico ed emorragico ed altre patologie non cerebrovascolari e l'identificazione di eventuali segni precoci di sofferenza ischemica encefalica pertanto in caso di accesso in struttura P.S. sprovvista di T.C., ogni paziente, indipendentemente dalle caratteristiche cliniche, sarà trasferito, in emergenza, a cura del S.E.S. 118, presso struttura (DEA I o DEA II) provvista di T.C. e di letti UTN.

## **Appendice 1**

### **METODI** (per ulteriori informazioni vedi [www.pnlg.it](http://www.pnlg.it))

In accordo con la metodologia adottata dal Programma nazionale per le linee guida (PNLG) [www.pnlg.it](http://www.pnlg.it), il presente PCAE è stato elaborato secondo le fasi di seguito riportate:

1. individuazione di un gruppo multidisciplinare di esperti comprendente tutte le competenze utili alla elaborazione del percorso.
2. formulazione, da parte del gruppo di esperti, dei quesiti scientifici più rilevanti, con particolare attenzione alle aree di maggiore incertezza clinica ed organizzativa;
3. ricerca della letteratura scientifica in base ad una strategia in grado di rintracciare tutte le evidenze scientifiche relativamente ai quesiti identificati;
4. valutazione delle prove scientifiche raccolte, in base al sistema di *grading* adottato dal PNLG (vedi tabella del *grading* delle evidenze e forza delle raccomandazioni);
5. sintesi delle prove scientifiche disponibili;
6. formulazione di raccomandazioni da parte del gruppo di esperti in base alle prove scientifiche disponibili graduate per la loro forza (vedi tabella del *grading* delle evidenze e forza delle raccomandazioni);
7. discussione con i rappresentanti regionali delle Società medico-scientifiche dei quesiti clinici ed organizzativi, dei suggerimenti e della bozza del documento;
8. passaggio della bozza avanzata attraverso referee esterni.
9. redazione del documento finale.

#### **REVISIONE DELLA LETTERATURA SCIENTIFICA**

La revisione della letteratura scientifica è stata effettuata in base alla seguente strategia di ricerca:

- a. identificazione di revisioni sistematiche di studi sperimentali e di protocolli di revisioni sviluppati dalla Cochrane Collaboration sulla valutazione di efficacia dei trattamenti relativamente ai quesiti clinici identificati dal gruppo di esperti;
- b. identificazione di altri tipi di documenti sulle prove di efficacia dei trattamenti (altre revisioni non Cochrane e linee guida in vigore);
- c. identificazione di studi primari sperimentali: studi controllati randomizzati (RCT), per i quesiti clinici non considerati nei documenti di sintesi;
- d. identificazione di studi primari di altro tipo: di coorte o prospettici, studi retrospettivi su registri, studi caso-controllo, studi trasversali, serie consecutive di casi, per i quesiti clinici non considerati nei documenti di sintesi.

#### **Fonti**

Le revisioni sistematiche, i protocolli di revisioni e le linee guida sono stati ricercate nelle seguenti basi di dati:

- Cochrane Library, edizione 2003.2, su CD:  
The Cochrane Databases of Systematic Reviews (CDSR); Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE); Health Technology Assessment Database (HTA).
- Siti internet:

- HSTAT (*Health Services Technology/Assessment Text*) <http://hstat.nlm.nih.gov>
- Agency for Healthcare Quality and Research <http://www.ahrq.gov/>
- TRIP [www.tripdatabase.com/](http://www.tripdatabase.com/)
- AREAS [www.areas.it/](http://www.areas.it/)
- libri e riviste scientifiche:
  - Clinical Evidence (versione 9,2003; lingua inglese).

Le ricerche sono state effettuate in lingua inglese ed italiana.

### Estrazione dati

Per tutte le revisioni sistematiche, le linee guida e gli studi primari rintracciati che sono stati giudicati pertinenti - in base ad un valutazione effettuata in doppio - sono stati estratti i dati per mezzo di schede appositamente predisposte per ciascuna tipologia di documento.

Le schede di estrazione dei dati sono state elaborate sulla base di modelli pubblicati da gruppi editoriali Cochrane e Programma Nazionale Linee Guida (PNLG).

### LIVELLI DI PROVE SCIENTIFICHE E GRADING DELLE RACCOMANDAZIONI

Lo schema dei livelli delle prove scientifiche, sviluppato dal Centro per la Valutazione dell'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria (CeVEAS) di Modena e adottato dal PNLG<sup>www.pnlg.it</sup>, tratti dal manuale metodologico del PNLG (edizione del maggio 2002) è riportato di seguito:

<b>I</b>	Prove ottenute da più studi clinici controllati randomizzati e/o da revisioni sistematiche di studi randomizzati.
<b>II</b>	Prove ottenute da un solo studio randomizzato di disegno adeguato.
<b>III</b>	Prove ottenute da studi di coorte con controlli concorrenti o storici o loro metanalisi.
<b>IV</b>	Prove ottenute da studi retrospettivi tipo caso-controllo o loro metanalisi.
<b>V</b>	Prove ottenute da studi di casistica ("serie di casi") senza gruppo di controllo.
<b>VI</b>	Prove basate sull'opinione di esperti autorevoli o di comitati di esperti come indicato in linee guida o consensus conference.

**Nel presente documento, il livello di prova di studi randomizzati di disegno non adeguato è stato declassato dal II al III livello.**



## LIVELLI DI PROVA

### Prove di tipo

**I**

Prove ottenute da più studi clinici controllati randomizzati e/o da revisioni sistematiche di studi randomizzati.

**II**

Prove ottenute da un solo studio randomizzato di disegno adeguato.

**III**

Prove ottenute da studi di coorte non randomizzati con controlli concorrenti o storici o loro metanalisi.

**IV**

Prove ottenute da studi retrospettivi tipo caso-controllo o loro metanalisi.

**V**

Prove ottenute da studi di casistica («serie di casi») senza gruppo di controllo.

**VI**

Prove basate sull'opinione di esperti autorevoli o di comitati di esperti come indicato in linee guida o consensus conference, o basata su opinioni dei membri del gruppo di lavoro responsabile di queste linee guida.

## FORZA DELLE RACCOMANDAZIONI

**A**

L'esecuzione di quella particolare procedura o test diagnostico è fortemente raccomandata. Indica una particolare raccomandazione sostenuta da prove scientifiche di buona qualità, anche se non necessariamente di tipo I o II.

**B**

Si nutrono dei dubbi sul fatto che quella particolare procedura o intervento debba sempre essere raccomandata, ma si ritiene che la sua esecuzione debba essere attentamente considerata.

**C**

Esiste una sostanziale incertezza a favore o contro la raccomandazione di eseguire la procedura o l'intervento.

**D**

L'esecuzione della procedura non è raccomandata.

**E**

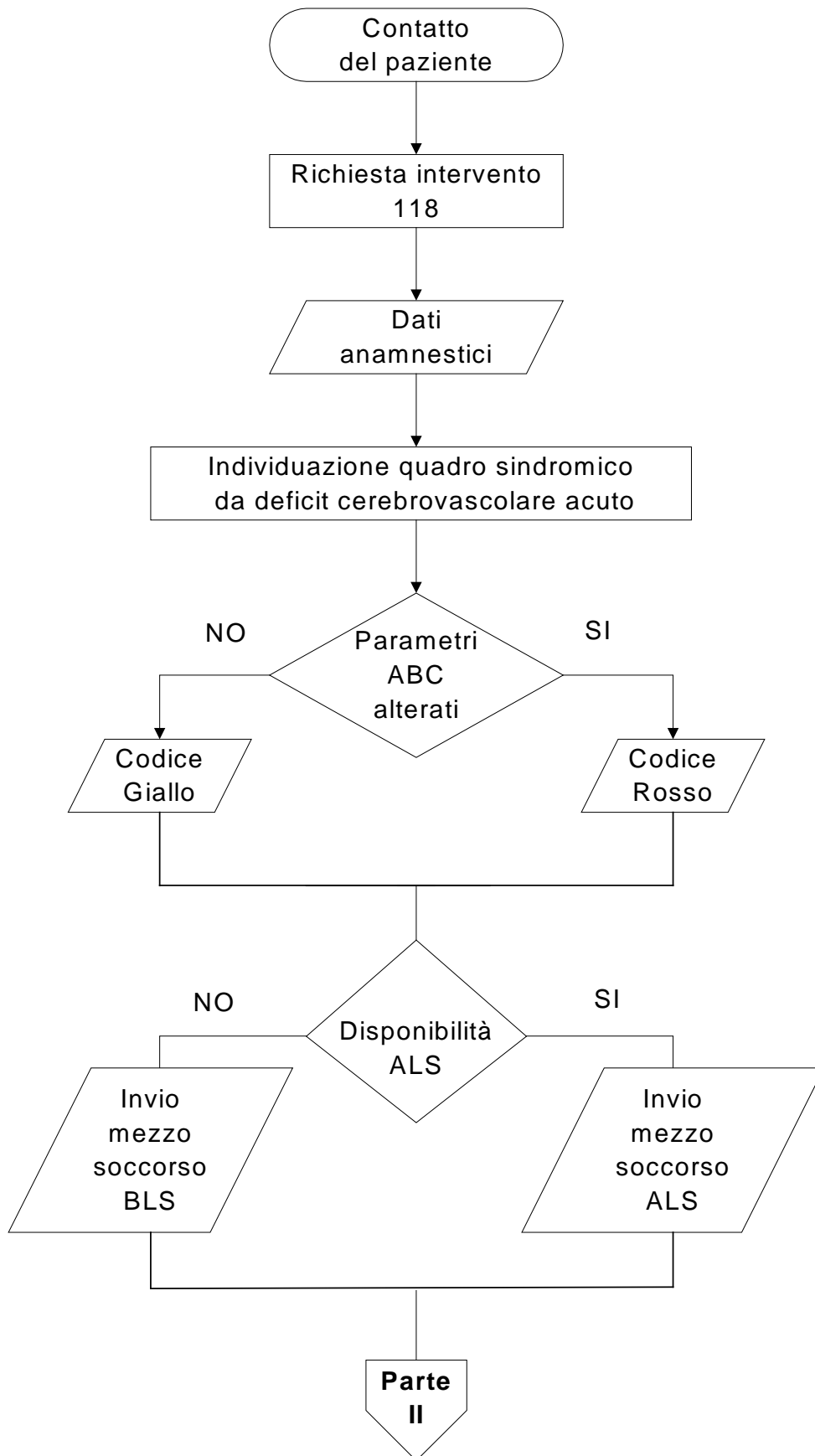
Si sconsiglia fortemente l'esecuzione della procedura.

**Cincinnati Prehospital Stroke Scale (CSS)**

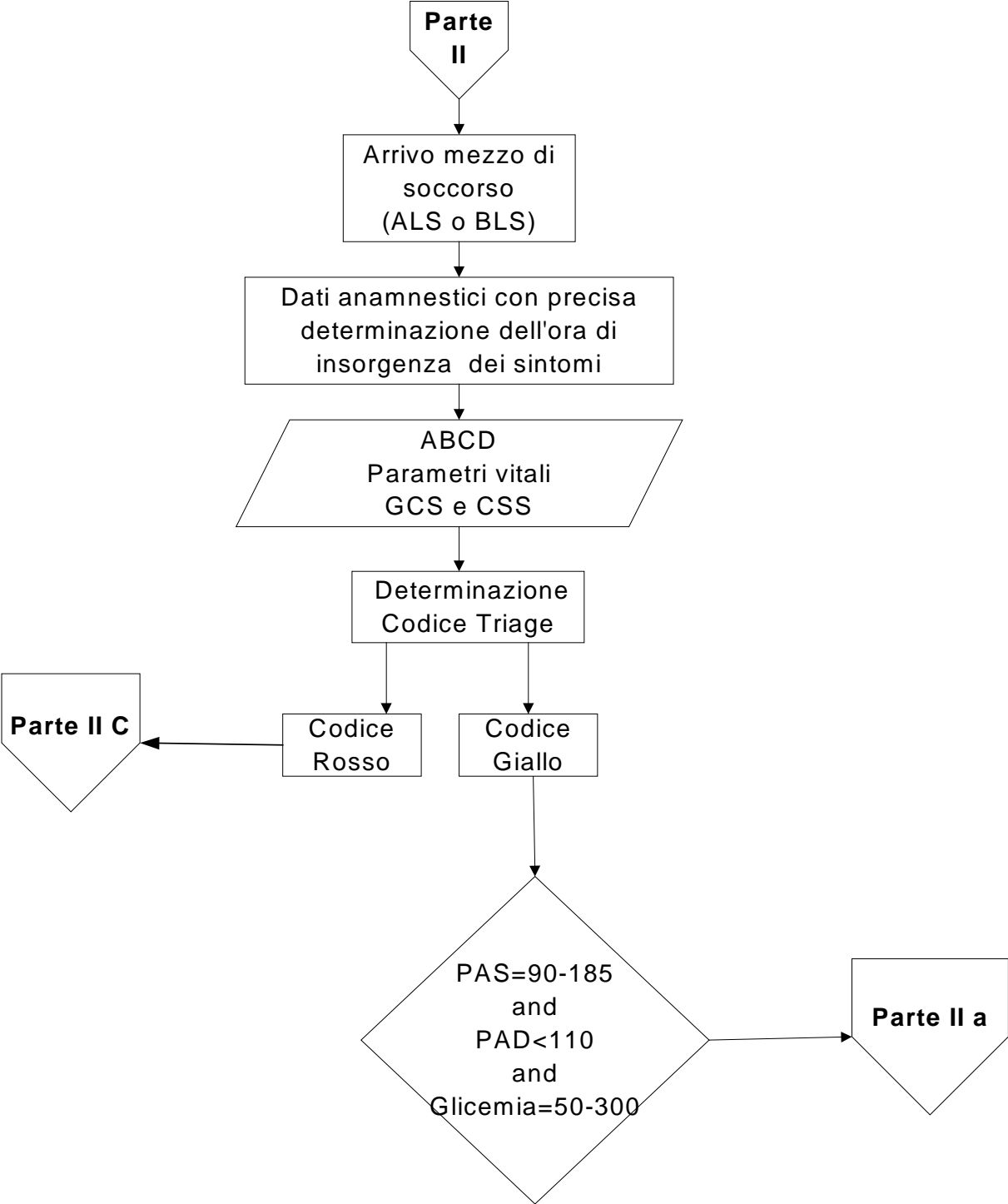
(l'alterazione di almeno uno dei tre segni è fortemente suggestiva di ictus)

<b>Paresi facciali:</b>	chiedere al paziente di sorridere o di mostrare i denti e chiedere di notare:	se entrambi i lati della faccia si muovono ugualmente ( <b>normale</b> ) o se un lato non si muove bene come l'altro ( <b>non normale</b> ).
<b>Deficit motorio degli arti superiori:</b>	chiedere al paziente di estendere gli arti superiori per 10 secondi mentre tiene gli occhi chiusi e chiedere di notare:	se gli arti si muovono alla stessa maniera ( <b>normale</b> ) o se uno non si muove o uno cade, quando confrontato all'altro ( <b>non normale</b> ).
<b>Anomalie del linguaggio:</b>	chiedere al paziente di ripetere una frase (ad esempio "trecentotrentatreesimo reggimento della cavalleria") e chiedere di notare:	se il paziente usa le parole correttamente con linguaggio fluente ( <b>normale</b> ) o se strascica le parole o usa parole inappropriate o è incapace di parlare ( <b>non normale</b> ).

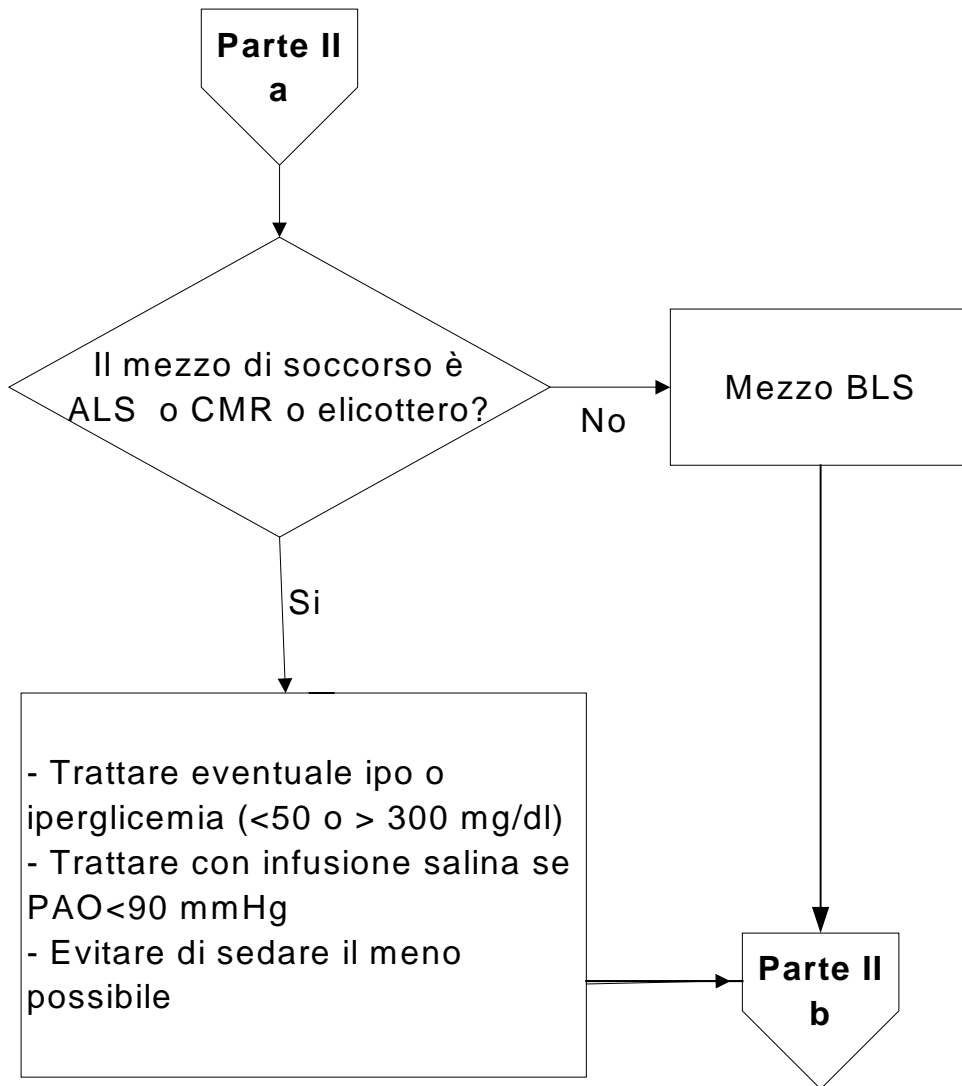
## Parte I: Richiesta d'intervento alle CO 118



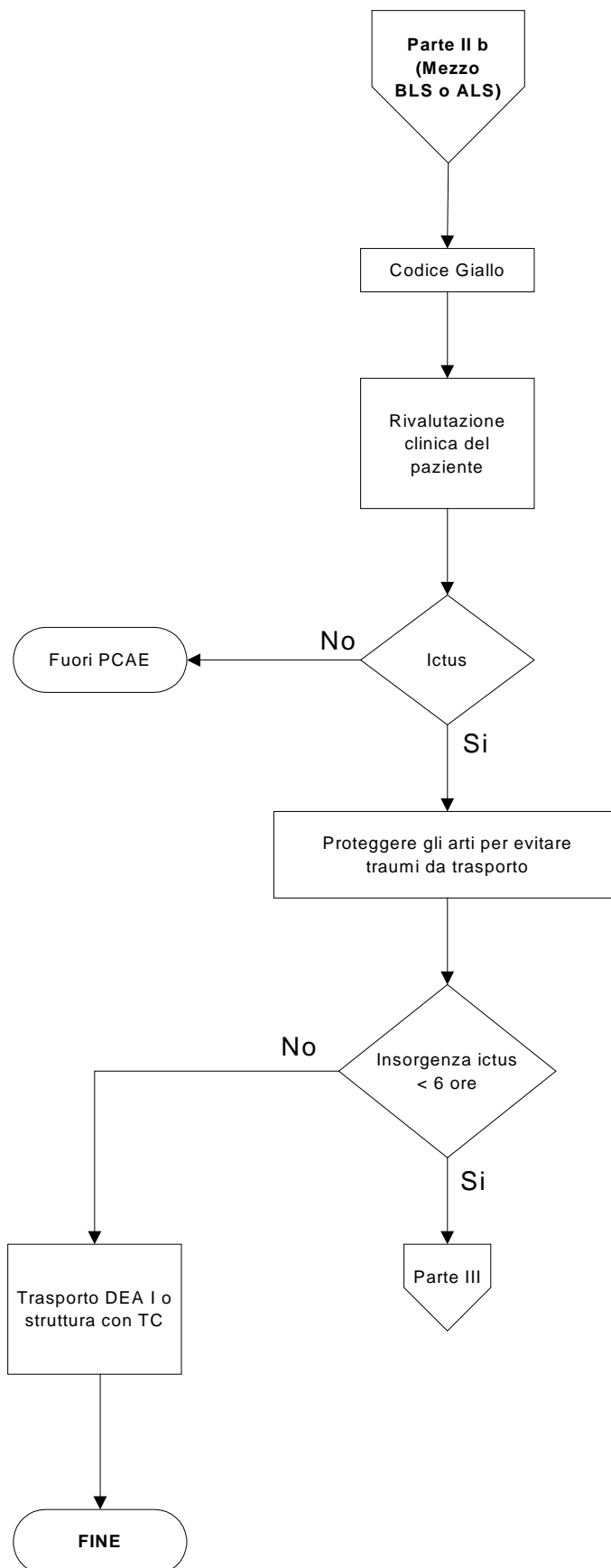
**Parte II: Attività sul territorio dei mezzi ALS e BLS**

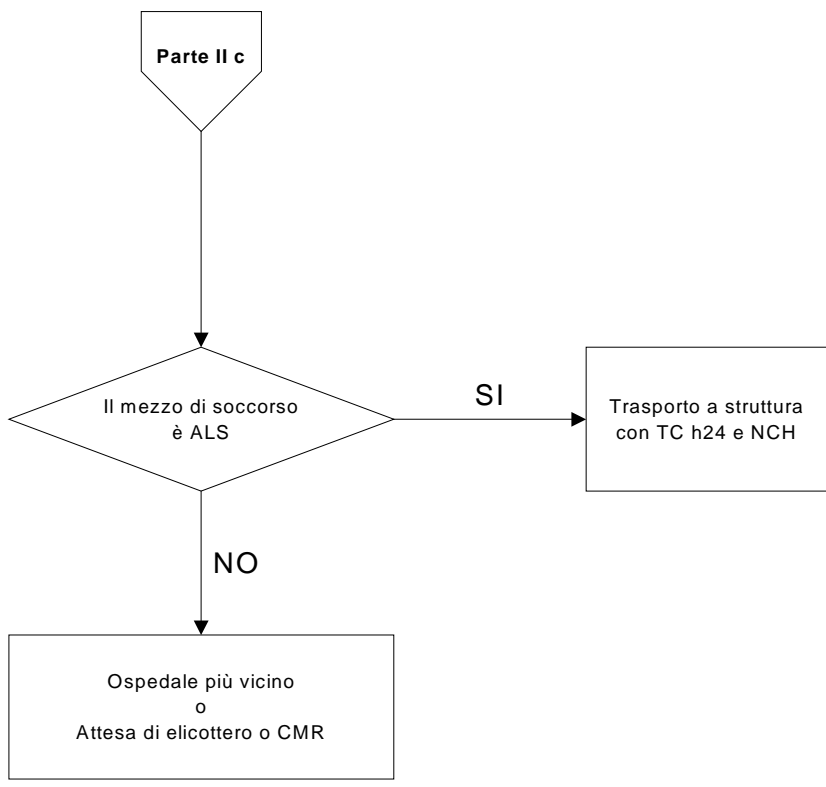


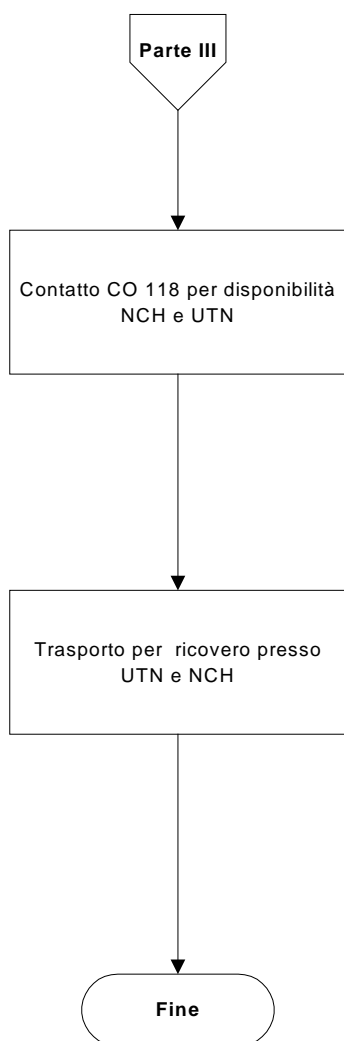
## Parte II a



Parte II b








---

**ELENCO ACRONIMI UTILIZZATI NEL PERCORSO E LORO SPIEGAZIONE**

<b>A.B.C.D.</b>	<b>A</b> irways <b>B</b> reathing <b>C</b> irculation <b>D</b> isability
<b>A.L.S.</b>	<b>A</b> dvanced <b>L</b> ife <b>S</b> upport
<b>B.L.S.</b>	<b>B</b> asic <b>L</b> ife <b>S</b> upport
<b>C.M.R.</b>	<b>C</b> entro <b>M</b> obile di <b>R</b> ianimazione
<b>C.S.S.</b>	<b>C</b> incinnati Prehospital <b>S</b> troke <b>S</b> cale
<b>D.E.A.</b>	<b>D</b> ipartimento <b>E</b> mergenza <b>A</b> ccettazione
<b>G.C.S.</b>	<b>G</b> lasgow <b>C</b> oma <b>S</b> cale
<b>N.C.H.</b>	<b>N</b> eurochirurgia
<b>P.C.A.E.</b>	<b>P</b> ercorso <b>C</b> linico <b>A</b> ssistenziale nell' <b>E</b> mergenza
<b>U.T.N.</b>	<b>U</b> nità <b>T</b> rattamento <b>N</b> eurovascolare



## **Allegato A**

# **PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE NELL' EMERGENZA (Pcae) PER IL PAZIENTE AFFETTO DA ACCIDENTE CEREBROVASCOLARE ACUTO NON TRAUMATICO**

## **CRITERI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO-ORGANIZZATIVI PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI CON ICTUS CEREBRALE ACUTO**

### **INTRODUZIONE**

Il presente documento riporta nel dettaglio i criteri diagnostico – terapeutico – organizzativi che sono alla base delle raccomandazioni del Pcae ictus e i riferimenti di letteratura da cui sono stati tratti.

Il documento si articola in 2 parti: la prima parte contiene l'epidemiologia, la definizione e la sintomatologia dell'ictus cerebrale; la seconda parte delinea il modello assistenziale per la gestione del paziente con ictus acuto, i “criteri per il trasferimento interospedaliero del paziente con ictus cerebrale” diversificati in base a l'intervallo di tempo che intercorre tra l'esordio della sintomatologia ictale ed il ricovero, nonché in base al grado di “criticità” complessiva del paziente. In questa sezione, per ciascun sottogruppo di pazienti, vengono riportati sinteticamente gli “ Obiettivi diagnostico-terapeutici” e le “Indicazioni al trattamento nell'ospedale di prima accoglienza” con relativi riferimenti bibliografici.

### **PRIMA PARTE**

#### **Epidemiologia**

Il World Health Report del 2002 riporta che l'ictus cerebrale ha determinato 5.5 milioni di morti su 56.5 milioni di decessi totali, rappresentando la seconda causa di morte nel mondo, la terza nei paesi industrializzati. Nell'80% dei casi l' ictus cerebrale è di natura ischemica; il 10% dei pazienti con ictus ischemico muore entro i primi trenta giorni dall'evento e chi sopravvive è destinato alla dipendenza per disabilità nel 50% dei casi (15) .

In Italia, l'ictus è responsabile di circa il 13% di tutti i decessi per anno, risultando la terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie. La mortalità acuta (30 giorni) dopo ictus è del 20%, mentre ad 1 anno è del 30%. L'ictus, inoltre, è la principale causa di disabilità nell'adulto e ad 1 anno dall'evento acuto e un terzo dei soggetti

sopravvivenza presenta un grado di disabilità elevato (1) .

### **Definizione di Ictus cerebrale**

Viene definito Ictus cerebrale ogni deficit neurologico focale insorto improvvisamente e verosimilmente riconducibile ad una patologia non traumatica dei vasi cerebrali che perduri più di 24 ore<sup>(6)</sup>. Viene definito Attacco Ischemico transitorio-TIA ogni deficit neurologico focale insorto improvvisamente e verosimilmente riconducibile ad una patologia non traumatica dei vasi cerebrali che si risolve entro 24 ore <sup>(6)</sup> .

Vista l'impossibilità, prima di aver eseguito una TC cerebrale, di dirimere il quesito diagnostico differenziale con altre patologie neurologiche e/o neurochirurgiche che si presentano con i sintomi sotto riportati <sup>(7)</sup>, tutti i pazienti che giungeranno alla osservazione clinica con sintomi focali verranno considerati come potenzialmente affetti da Ictus cerebrale o TIA.

Viene definito "critico", infine, il paziente con ictus con parametri vitali alterati (secondo l'ABC -Airway-Breathing-Circulation - della rianimazione) o chiaramente instabile il quale, per tale motivo, necessita di stretta monitoraggio clinico-diagnostica e terapeutica dei parametri vitali<sup>13</sup>.

### **Sintomi più comuni di un Ictus cerebrale:**

1. Deficit di forza o sensibilità localizzato a uno o più arti
2. Difficoltà a mantenere la stazione eretta, disturbo della marcia e/o dell'equilibrio, vertigini improvvisate
3. Deficit di uno o più nervi cranici (asimmetria facciale omo o controlaterale al deficit motorio e/o sensitivo, disfagia e/o disfonia, strabismo, diplopia o deficit della motilità oculare)
4. Difficoltà nell'espressione verbale, nella comprensione, nell'articolazione della parola
5. Deficit del campo visivo o improvvisa cecità.

I sintomi di cui sopra possono associarsi a generici sintomi di ipertensione endocranica come compromissione dello stato di coscienza, cefalea, nausea, vomito, o a disturbi irritativi come una crisi comiziale.

## **SECONDA PARTE**

### **Il modello assistenziale**

La Cochrane collaboration per lo studio dell'efficacia delle stroke unit dichiara che i pazienti con ictus acuto traggono beneficio non solo dall'azione di un farmaco, ma anche e soprattutto dalla gestione globale del paziente da parte di un'équipe multidisciplinare specializzata e formata secondo linee guida standardizzate, sulla stretta monitoraggio clinica e strumentale del paziente stesso operanti all'interno di "aree/strutture dedicate" (stroke unit o Unità di Trattamento Neurovascolare - UTN) <sup>(14)</sup>. L'European Stroke Initiative (EUSI) executive committee ha anche individuato quali devono essere i requisiti fondamentali strutturali, organizzativi, tecnologici che le stroke unit/UTN devono avere per garantire un'assistenza efficace ed efficiente per il paziente con ictus. Tali requisiti sono ben descritte nelle raccomandazioni dell'EUSI (<http://www.eusi.org/>) attualmente aggiornate dal gruppo di lavoro europeo <sup>(16)</sup> .

La cura tempestiva ed adeguata presso le UTN è ancor più garantita da una organizzazione dell'assistenza al paziente con ictus acuto in una "rete" integrata costituita dalle UTN con diversi livelli di cura e dal servizio di emergenza territoriale 118.

Nell'organizzazione dell'assistenza all'ictus intervengono problemi di geografia del territorio, di politica sanitaria, di risorse economiche, di cultura locale e di libera scelta individuale. Perciò i sistemi proposti devono essere duttili e adattabili alle diverse esigenze, anche se con l'obiettivo primario del ricovero nel più breve tempo possibile in ambienti attrezzati per la diagnosi e la terapia. A questo proposito un gruppo di esperti americani a rappresentanza di 13 società scientifiche, nel 2000, ha dato il via al progetto "Brain attack coalition (BAC)" che definisce dei punti di riferimento per la pianificazione dell'organizzazione dell'assistenza a pazienti con ictus acuto suggerendo di intervenire in modo simile ai "trauma center" in quanto dimostrati essere superiori alle altre organizzazioni assistenziali senza differenza tra le aree urbane e quelle rurali. Come scelta fondamentale è prevista la distinzione tra ospedali che si dedicano alle cure in acuto e alla stabilizzazione dei casi, da quelli dove si praticano terapie e procedure ad alta tecnologia <sup>(17)</sup>.

### **Criteri per il trasferimento inter-ospedaliero**

**Obiettivo:** in base alle evidenze su riportate è necessario individuare l'ambito ospedaliero più idoneo alla cura del paziente, nel rispetto del diritto alla salute e del miglior rapporto costo-beneficio della prestazione sanitaria erogata <sup>(1:8-12)</sup>.

#### ***Accesso e trattamento in ospedali sede di Pronto Soccorso (PS):***

- paziente con deficit focale *non acuto* (>96h dall'esordio dei sintomi) e non in condizioni di criticità.

Tale paziente **non necessita** di trasferimento al livello di cure superiore.

#### ***Accesso al Dipartimento di Emergenza I livello (DEA I) con Unità di Trattamento Neurovascolare I livello (UTN I)***

- paziente con deficit focale acuto (>3h<96h) non in condizioni di criticità ma che necessita di inquadramento etiopatogenetico;
- paziente con deficit in rapido miglioramento o con regressione completa dei sintomi;
- paziente con TIA meno di 48 ore addietro.

Tale paziente **non necessita** di trasferimento al livello di cure superiore.

#### ***Accesso immediato al DEA II con Unità di Trattamento Neurovascolare II livello (UTN II):***

- paziente deficit focale *iper-* acuto ( $\leq 3h$ ) senza controindicazioni a trattamenti medici o chirurgici invasivi;
- paziente con deficit focale acuto (>3h <96h) in condizioni critiche ma senza controindicazioni generali o specifiche ad essere sottoposti a provvedimenti invasivi o semi-invasivi di carattere medico o chirurgico in emergenza.

Nella tabella 1 sono riportati i criteri diagnostico – terapeutico – organizzativi per ciascun livello

**Quadro sinottico dei criteri clinico-terapeutico-organizzativo per al gestione del paziente con ictus**

<b>Struttura</b>	<b>PS</b>	<b>DEA I – UTN I (Delibera 553 del 10/2/99)</b>	<b>DEA II -UTN II (Delibera 553 del 10/2/99)</b>
<b>Tipologia del paziente</b>	- paziente con deficit focale non acuto (>96 ore) e non in condizioni di criticità	- Paziente con deficit focale acuto (> 3 ore < 96 ore)  - Paziente con regressione completa del deficit (TIA) o in rapido miglioramento al momento dell'osservazione  - Paziente TIA recente (entro 48 ore addietro)	- Paziente con deficit focale iperacuto (>= 3 ore) ma senza controindicazioni generali o specifiche ad essere sottoposto a provvedimenti invasivi o semi-invasivi di carattere medico o chirurgico in emergenza  -1 Paziente con deficit focale acuto (> 3 ore < 96 ore) in condizioni di criticità ma senza controindicazioni generali o specifiche ad essere sottoposto a provvedimenti invasivi o semi-invasivi di carattere medico o chirurgico in emergenza
<b>Procedure</b>	ABCD - Esame neurologico-NIH - ECG - Rx torace	Come PSO più : - TC cerebrale - Doppler vasi epiaortici* - Ecocardio TT o ETE se indicato**	Come DEA I p più: - RM convenzionali ed RM DW-PW - Doppler transcranico - Studio morfologico dei vasi intracranici se indicato
<b>Trattamento</b>	- Stabilizzazione delle condizioni generali - Invio del paziente in reparto di competenza e comunque fuori dalle strutture deputate all'emergenza (riabilitazione, medicina interna, altro)	☐ Diagnosi patogenetica per terapia di prevenzione secondaria farmacologica (antiaggreganti, anticoagulanti), chirurgica o di radiologia interventistica (angioplastica transluminale, stent). ☐ Prevenzione controllo e cura delle malattie concomitanti e delle complicanze cerebrali e/o sistemiche ☐ Riabilitazione precoce dei deficit	☐ Rivascolarizzazione farmacologica per via sistemica o per via intrarteriosa ☐ Rivascolarizzazione chirurgica ☐ Prevenzione secondaria farmacologica (antiaggreganti, anticoagulanti), chirurgica o di radiologia interventistica (angioplastica transluminale, stent) ☐ Riabilitazione precoce dei deficit

<b>Strumenti ed Apparecchiature</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elettrocardiografo</li> <li>- Monitor</li> <li>- Defibrillatore</li> <li>- Saturimetro</li> <li>- Radiologia</li> <li>- EGA con misurazione Ht, Hb</li> </ul>	<p>Come PSO +:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TC cerebrale</li> <li>- Eco-Doppler vasi epiaortici *</li> <li>- Doppler transcranico*</li> <li>- Ecocardiografo per esame transtoracico o transesofageo se indicato**</li> </ul>	<p>Come DEA I +:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- RM per esami con sequenze convenzionali ed RM DW-PW, e di studio morfologici e funzionali dei vasi cerebrali</li> <li>- Connessione operativa con UTIC, Centro di Elettrostimolazione Cardiaca / Ch. Vascolare / NCH</li> </ul>
-------------------------------------	--	---	---

\* disponibile entro 12 ore

\*\* disponibile entro 48 ore

## Tabella di approfondimento degli obiettivi terapeutici

<b>Bibliografia</b>	<b>Obiettivi terapeutici secondo la EBM ICTUS ISCHEMICO O INFARTO CEREBRALE –</b>
<p>1. SPREAD 2003- Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion. <u>Ictus cerebrale: linee guida italiane</u>. Cap.10 Health Alliance ED.</p> <p>2. G.U. n. 190 del 18 Agosto 2003. ministero della salute decreto 24 luglio 2003</p> <p>3. Benavente O, et al: Oral anticoagulants for preventing stroke in patients with non-valvular atrial fibrillation and no previous history of stroke or transient ischemic attacks. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2000.</p> <p>4. Guidelines for the Early Management of Patients With Ischemic Stroke A Scientific Statement From the Stroke Council of the American Stroke Association. <i>Stroke</i>. 2003;34:1056–1083.</p> <p>5. Koudstaal PJ:Antigoagulants versus antiplatelet therapy preventingstroke in patients with nonrheumatic atrial fibrillation and a history of stroke or transient ischemic attack (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software</p> <p>6. <u>Management of patients with stroke. Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning. A national clinical guideline</u>. Scottish Intercollegiate Guidelines Network - National Government Agency [Non-U.S.]. 1998 Apr (revised 2002 Nov).</p>	<p><b>Iperacuto (□ 3h) :</b></p> <p><b>Obiettivi del trattamento medico<sup>1-6</sup>:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▣ Rivascolarizzazione farmacologica per via sistemica da effettuarsi solo presso i centri esperti individuati dalle autorità regionali</li> <li>▣ Prevenzione secondaria precoce con antiaggreganti, o con anticoagulanti in casi selezionati ( stenosi carotidea sub-occlusiva, dissecazione carotidea, trombosi dei seni venosi, cardiopatie emboligene) e solo se non controindicati</li> <li>▣ Stabilizzazione condizioni generali Prevenzione, controllo e cura delle malattie intercorrenti Prevenzione, controllo e cura delle complicanze sistemiche (infettive, embolia polmonare, TVP, cardiologiche, ecc ) Riabilitazione precoce dei deficit</li> </ul>
<p>7.Schneider C, Johansen K, Konigstein R, Metzner C, Oettinger W. Emergency carotid thromboendarterectomy: safe and effective. <i>World J Surg</i> 1999; 23: 1163-1167.</p> <p>8 Eckstein HH, Schumacher H, Klemm K, Laubach H, Kraus T, Ringleb P, Dorfler A, Weigand M, Bardenheuer H, Allenberg JR.Emergency carotid endarterectomy. <i>Cerebrovasc Dis</i> 1999;9: 270-281.</p> <p>9 Eckstein HH, Schumacher H, Dorfler A, Forsting M, Jansen O, Ringleb P, Allenberg JR. Carotid endarterectomy and intracranial thrombolysis: simultaneous and staged procedures in ischemic stroke. <i>J Vasc Surg</i> 1999; 29: 459-471.</p> <p>10 Gertler JP, Abbot WM. Is there a role for emergency or urgent carotid endarterectomy? In: Naylor AR, Malkey WC eds. <i>Carotid artery surgery (a problem based approach)</i>. W.B. Saunders2000; p. 30-35.</p> <p>11.Wardlaw JM et al. Thrombolysis for acute ischemic stroke . attack (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software</p>	<p><b>Obiettivi del trattamento chirurgico o di neuroradiologia interventistica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▣ Rivascolarizzazione chirurgica<sup>7-10</sup></li> <li>▣ Rivascolarizzazione farmacologica intra-arteriosa<sup>11</sup></li> </ul>
<p>Vedi Bibliografia 1-11 riportata sopra</p>	<p><b>Infarto cerebrale Acuto (&gt;3e □ 96h) :</b></p> <p><b>Obiettivi del trattamento medico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▣ Prevenzione secondaria con antiaggreganti, o con anticoagulanti in casi selezionati ( stenosi carotidea sub-occlusiva, dissecazione carotidea, trombosi dei seni venosi, cardiopatie emboligene) e solo se non controindicati</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Stabilizzazione condizioni generali</li> <li>▫ Controllo e cura delle malattie intercorrenti</li> <li>▫ Prevenzione, controllo e cura delle complicanze sistemiche (infettive, embolia polmonare, TVP, cardiologiche, ecc )</li> <li>▫ Prevezione e cura delle complicanze neurologiche (crisi comiziali, ipertensione endocranica)</li> <li>▫ Riabilitazione dei deficit</li> </ul>
	<p><b>Obiettivi del trattamento chirurgico o di neuroradiologia interventistica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Prevenzione, controllo e cura dell'embolia polmonare (scintigrafia polmonare, posizionamento filtro cavale)<sup>1;4</sup></li> </ul>

<p>Vedi Bibliografia 1;4-11 riportata sopra</p> <p>Vedi Bibliografia 1;4; riportata sopra</p>	<p><b>Infarto cerebrale Post-acuto (&gt; 96h):</b></p> <p><b>Obiettivi del trattamento medico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▣ Prevenzione secondaria farmacologica (antiaggreganti, anticoagulanti)</li> <li>▣ Stabilizzazione condizioni generali</li> <li>▣ Controllo e cura delle malattie intercorrenti e delle complicanze</li> <li>▣ Riabilitazione dei deficit</li> </ul> <p><b>Obiettivi del trattamento chirurgico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▣ Prevenzione secondaria chirurgica (endoarteriectomia, by-pass)</li> <li>▣ Prevenzione, controllo e cura dell'embolia polmonare (scintigrafia polmonare, posizionamento filtro cavale)</li> <li>▣ Prevenzione secondaria con metodiche di radiologia interventistica (angioplastica transluminale, stent)</li> </ul>
<p>12. Joseph P. Broderick, Harold P. Adams, Jr, William Barsan, William Feinberg, Edward Feldmann, James Grotta, Carlos Kase, Derek Krieger, Marc Mayberg, Barbara Tilley, Joseph M. Zabramski, and Mario Zuccarello</p> <p><b>Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage : A Statement for Healthcare Professionals From a Special Writing Group of the Stroke Council, American Heart Association</b></p> <p>Stroke, Apr 1999; 30: 905 - 915</p> <p>13. Marc R. Mayberg, MD, Chair; H. Hunt Batjer, MD; Ralph Dacey, MD; Michael Diringer, MD; E. Clarke Haley, MD; Roberto C. Heros, MD; Linda L. Sternau, MD; James Torner, PhD, Members; Harold P. Adams, Jr, MD; William Feinberg, MD; William Thies, PhD, Ex Officio Members</p> <p>Guidelines for the Management of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage <b>A Statement for Healthcare Professionals From a Special Writing Group of the Stroke Council, American Heart Association</b> . Stroke 1994; 11:2315-2328</p>	<p><b>ICTUS EMORRAGICO O EMORRAGIA INTRACRANICA- NON DI PERTINENZA NCH, INCLUSE LE EMORRAGIE SUB ARACNOIDEE –ESA- SINE MATERIA 12:</b></p> <p><b>Obiettivi generali del trattamento medico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▣ Stabilizzazione delle condizioni generali</li> <li>▣ Monitorizzazione parametri vitali</li> <li>▣ Controllo e cura delle malattie intercorrenti</li> <li>▣ Prevenzione e cura delle complicanze sistemiche (crisi ipertensive- aritmie- sepsi- respiratorie- decubiti- trombosi venose profonde)</li> <li>▣ Prevenzione e cura delle complicanze neurologiche (crisi comiziali, ipertensione endocranica)</li> <li>▣ Riabilitazione precoce dei deficit</li> </ul> <p><b>Per i pazienti con ESA , obiettivi specifici della terapia medica sono, oltre a quelle sopra riportate 13 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▣ Prevenzione e cura del vasospasmo</li> </ul>
<p><b>Pazienti con patologie di pertinenza neurochirurgia che necessitano d'intervento urgente presso strutture ospedaliere con DEA II e reparto di neurochirurgia:</b></p> <p>Paz. con ematomi cerebellari &gt; 40 ml a rischio di compressione del tronco o idrocefalo</p> <p>Paz. con età inferiore ai 75 anni con emorragie lobari grandi (&gt;50 ml) e segni di deterioramento</p> <p>Paz. con età inferiore ai 55 anni con emorragie in sede "tipica" (&gt;50 ml) e segni di deterioramento</p> <p>Paz. con emorragie cerebrali con sospette lesioni strutturali (emorragia intraventricolare pura) chirurgicamente accessibili per</p>	



le quali vi sia una buona chance di recupero )

Paz. con emorragie subaracnoidee spontanee.

La diagnosi di condizioni cliniche al di fuori dei casi citati, eventualmente confermato da consulto con neurochirurgo, non necessita di trasferimenti risolvibili con trattamenti NCH.

### Bibliografia

Meyer JS, Bauer RB. Medical treatment of spontaneous intracranial hemorrhage by use of hypotensive drugs. *Neurology*. 1962; 12: 36-47.

Dandapani BR, Suzuki S, Kelly RE, et al. Relation between blood pressure and outcome in intracerebral hemorrhage. *Stroke*. 1995. 26; 21-24.

Qureshi AI, Bliwise DL, Bliwise NG, et al. Rate of 24-hour blood pressure decline and mortality after spontaneous intracerebral hemorrhage: A retrospective analysis with a random effects regression model. *Crit Care Med*. 1999. 27(3): 480-485.

Brott T, Broderick J, Kothari R, et al. Early hemorrhage growth in patients with intracerebral hemorrhage. *Stroke*. 1997; 28: 1-5.

Poungvarin N, Bhoopat W, Viriyavejakul A et al. Effects of dexamethasone in primary supratentorial intracerebral hemorrhage. *N Engl J Med*. 1987; 316: 1229-1233.

Yu YL, Kumana CR, Lauder IJ, et al. Treatment of acute cerebral hemorrhage with intravenous glycerol: a double-blind, placebo controlled, randomized trial. *Stroke*. 1992; 23: 967-971.

Santambrogio S, Martinotti R, Sardella F, Porro F, Randazzo A. Is there a real treatment for stroke? Clinical and statistical comparison of different treatments in 300 patients. *Stroke*. 1978; 9: 130-132.

Italian Acute Stroke Study Group. Hemodilution in acute stroke: results of the Italian haemodilution trial. *Lancet* 1988; Feb 13; 1 (8581): 318-321.

McKissock W, Richardson A, Taylor J. Primary intracerebral hemorrhage: A controlled trial of surgical and conservative treatment in 180 unselected cases. *Lancet*. 1961; 2: 221-226.

Juvela S, Heiskanen O, Poranen A, et al. The treatment of spontaneous intracerebral hemorrhage: a prospective randomized trial of surgical and conservative treatment. *J. Neurosurg*. 1989; 70: 755-758.

Batjer HH, Reisch JS, Allen BC, et al. Failure of surgery to improve outcome in hypertensive putaminal hemorrhage: a prospective randomized trial. *Arch Neurol*. 1990; 47: 1103-1106.

Morgenstern LB, Frankowski RF, Shedden P, et al. Surgical treatment for intracerebral hemorrhage (STICH): a single-center, randomized clinical trial. *Neurology*. 1998; 51: 1359-1363.

Zuccarello M, Brott T, Derex L, et al. Early surgical treatment for supratentorial intracerebral hemorrhage: a randomized feasibility study. *Stroke*. 1999; 30: 1833-1839.

Morgenstern LB, Demchuk AM, Kim DH, et al. Rebleeding leads to poor outcome in ultra-early craniotomy for intracerebral hemorrhage. *Neurology* 2001; 56(10): 1294-1299.

Rabinstein AA, Atkinson JL, Wijdicks EF. Emergency craniotomy in patients worsening due to expanding cerebral hematoma: to what purpose? *Neurology*. 2002; 58(9): 1325-1326.

Auer LM, Deinsberger W, Neiderkorn K, et al. Endoscopic surgery versus medial treatment for spontaneous intracerebral hematoma: a randomized study. J Neurosurg. 1989; 70: 530-535.

Fernandes HM, Gregson B, Siddique S, et al. Surgery in intracerebral hemorrhage: the uncertainty continues. Stroke. 2000; 31: 2511-2516.

Kobayashi S, Miyata A, Serizawa T, et al. Treatment of cerebellar hemorrhage—surgical or conservative. Stroke. 1990; 21(8) Suppl: I-62.

Adams RE, Diringer MN. Response to external ventricular drainage in spontaneous intracerebral hemorrhage with hydrocephalus. Neurology. 1998; 50: 519-523.

## Conclusione

Garantire le cure necessarie per affrontare l'episodio critico, in luogo idoneo per mezzi e competenze professionali nel più breve tempo possibile, sono obiettivi primari del soccorso in Emergenza. Non va peraltro trascurato che, per l'ottimale uso delle risorse, va evitato il ricorso a mezzi sproporzionati alle reali esigenze del caso. Sappiamo che per assicurare ai pazienti un trattamento sempre adeguato, erogato da strutture di livello crescente a seconda del tipo di patologia e della complessità della condizione clinica dipende essenzialmente dalla esatta definizione dei compiti diagnostico terapeutici dei diversi livelli assistenziali- PSO,DEA I, DEA II-, così come dalla possibilità del sistema di garantire un rapido riferimento ai livelli superiori di cura dei pazienti che necessitano di terapie specialistiche complesse, limitando invece il numero di ricoveri impropri. In questa ottica i livelli superiori fungono da consulenti per gli inferiori. In tal senso l'utilizzo di linee guida condivise è certamente il primo passo verso un sistema sanitario che riesca a coniugare le esigenze dell'economia con il rispetto del diritto alla salute di tutti i cittadini. La semplice elaborazione di linee guida non risolve i problemi. Per i pazienti con ictus cerebrale, vista la "esigua" disponibilità di posti letto in UTN, si pone il problema di individuare criteri accettabili per stabilire la **"priorità" di accesso** a tali strutture.

Si tratta di un problema spinoso che l'American Medical Association - AMA - suggerisce di affrontare usando come criteri di valutazione dell'appropriatezza delle cure (vale a dire della probabilità di arrecare beneficio al malato) secondo i seguenti parametri: la probabilità del beneficio arrecato; l'impatto del trattamento nel migliorare la qualità di vita; la durata del beneficio arrecato al malato; l'urgenza delle condizioni del paziente ed infine, l'ammontare delle risorse richieste per la riuscita del trattamento. Per quanto attiene all'ictus cerebrale, ci sono forti evidenze che ogni 7 pazienti trattati con terapia di riperfusione farmacologica con rt-PA entro 3 ore dall'esordio dei sintomi, si evita un caso di morte o grave invalidità. Dal momento che tale terapia è applicabile al 5% dei pazienti, ogni milione di abitanti questa terapia evita 17 decessi o casi di dipendenza all'anno; lo stesso risultato si ottiene ogni 18 pazienti ricoverati presso le Stroke Unit ( o Unità di Trattamento Neurovascolare). Forti di queste evidenze, nella Regione Lazio, è prevedibile dare una priorità assoluta di accesso alle UTN II per tutti i pazienti che giungono alla osservazione entro 3 ore dall'esordio dei sintomi, potenzialmente trattabili con rt-PA per via sistemica, nonché ai pazienti "critici" per i quali, la stretta osservazione neurovascolare esperta e le connessioni operative con i servizi di diagnostica e terapia in emergenza proprie delle UTN possano, all'occorrenza, tradursi in provvedimenti in grado di rendere ai pazienti l'autosufficienza perduta. Il ricovero in UTN I è invece indicato per i pazienti non critici, non candidati alla trombolisi e nei pazienti con TIA. Quest'ultimo argomento merita una breve digressione: l'ospedalizzazione e la stretta monitoraggio clinica dei pazienti TIA osservati entro 48 ore dal TIA stesso, è certamente un approccio innovativo che può dare adito a perplessità. E' però ormai noto che il TIA è uno dei maggiori fattori di rischio per ictus cerebrale, ed è stato inoltre dimostrato che, ogni 100 pazienti con TIA recente, 5 subiranno un ictus entro 48 ore dall'evento. Impostare la migliore terapia di prevenzione di un evento maggiore entro la finestra temporale a maggior rischio è quindi indispensabile: questo è il motivo per cui è indicato il ricovero e l'inquadramento terapeutico personalizzato entro 48 ore dall'evento di tutti i pazienti con TIA .

Ultimo aspetto controverso della gestione in Emergenza dei pazienti con ictus cerebrale acuto riguarda

l'esecuzione della prima TC cerebrale; il quesito ancora irrisolto è se sia più ergonomico eseguire la TC cerebrale nella struttura di prima accoglienza, in quella in cui il paziente verrà definitivamente ricoverato e trattato, oppure in ambedue le sedi. Ciascuna delle scelte presenta a pro e contro: la soluzione ottimale sarebbe poter ricoverare i pazienti direttamente nella struttura in grado di offrire il trattamento più congruo al singolo caso. Purtroppo la normativa attuale ancora non lo consente. L' AHA indica però chiaramente che l'intervallo di tempo tra la esecuzione della TC cerebrale ed il trattamento con rt-PA, deve essere di circa 15 minuti. Per tale motivo è necessario che i pazienti che giungono in ospedali sede di PS o di DEA I, potenzialmente trattabili con rt-PA, debbano ricevere in loco solo cure di stabilizzazione (ABC-D) e quindi essere immediatamente trasferiti al DEA con UTN di II livello.

Questo documento potrebbe essere adoperato come protocollo di base per verificare la fattibilità e l'efficienza di quanto proposto da realizzarsi nel contesto di una sperimentazione di tipo applicativo.

### **Bibliografia**

1. SPREAD Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion. Ictus cerebrale: Linee guida italiane di prevenzione e trattamento, A.A. Bignamini, Editor. 2005, Hyperphar Group SpA - Catel Division: Milano. p. 297-376. <http://www.spread.it/>.
2. Guidelines for the management of patient with acute ischemic stroke. A Statement for Healthcare professionals. from a special writing group of the Stroke Council, American Heart Association. Stroke 1994; 25:1901-1911;
3. Guidelines for thrombolytic therapy for Acute Stroke: a supplement to the guidelines for the management of patient with acute ischemic stroke. A Statement for Healthcare from a special writing group of the Stroke Council, American Heart Association. Stroke 1996;27:1711-1718,
4. Guidelines for the Early Management of Patients With Ischemic Stroke A Scientific Statement From the Stroke Council of the American Stroke Association. Stroke. 2003;34:1056 –1083
5. Management of patients with stroke. Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network - National Government Agency [Non-U.S.].
6. Aho K, Harmsen P, Hatano S, Marquardsen J. Et al. Cerebrovascular disease in the community: results of a WHO collaborative study. Bull World Health Organ. 1980;58:113-130
7. Compendio di Tomografia Computerizzata e TC spirale. G. Dal Pozzo Ed. UTET 1999 . Cap. 12 pp159-183.
8. Gomez CR, Malkoff MD, Sauer CM, et al. Code Stroke. An attempt to shorten in-hospital therapeutic delays. Stroke 1994;25:1920-1923.
9. A Working Group on Emergency Brain Resuscitation. Emergency brain resuscitation. Ann Intern Med 1995;122:622-627.
10. Barsan WG, Brott TG, Broderick JP, et al. Time of hospitalization in patients with acute stroke. Arch Intern Med 1993;153:2558-2561.
11. Bratina P, Greenberg L, Pasteur W, et al. Current emergency department management of stroke in Houston, Texas. Stroke 1995;26:409-414.

12. Lyden PD, Rapp K, Babcock T, et al. Ultra-rapid identification, triage, and enrollment of stroke patients into clinical trials. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 1994;2:106-113.
13. The Universal ALS Algorithm Kloeck, W.; Cummins, R.; Chamberlain, D.; Bossaert, L.; Callanan, V.; Carli, P.; Christenson, J.; et. al. pp. 109-111.
14. Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
15. Wardlaw JM, del Zoppo G, Yamaguchi T, Berge E. Thrombolysis for acute ischaemic stroke. Cochrane Library, Issue 4, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. Warburton Elizabeth. Stroke management. *Clinical evidence* 2004; 11:240-256.
16. Didier LEYS,<sup>1</sup> E. Bernd RINGELSTEIN,<sup>2</sup> Markku KASTE,<sup>3</sup> Werner HACKE,<sup>4</sup> for the European Stroke Initiative (EUSI) executive committee. The main components of stroke unit care: results of an European expert survey. (Working in progress) European Stroke Initiative (EUSI) executive committee.
17. Brain attack coalition's project. *JAMA* 2000; 283: 3102-3109.
18. American Medical Association, Council on Ethical and Judicial Affairs. Ethical considerations in the allocation of organs and other scarce medical resources among patients. *Arch Int Med* 1995; 155: 29-40
19. GU n. 190 del 18 Agosto 2003. Decreto 24 Luglio 2003. Modificazione dell'autorizzazione all'immissione in commercio della specialità medicinale per uso umano Actilyse. (Decreto AIC/UPC/809/2003)
20. ML Sacchetti. Il progetto di telemedicina dedicato all'Ictus nella regione Lazio. Proceedings della Conferenza Nazionale sulle Stroke Unit. Milano 16-17 Novembre 2001. pp174-182
21. National Stroke Association. *The Stroke/Brain Attack Reporter's Handbook*. 3rd ed. Englewood, Colo: Postgraduate Institute for Medicine; 1999
22. Johnston SC et al. *N Engl J Med* 2002 vol 347 N.21
23. "Linee guida n. 1/96 Emergenza –Urgenza" pubblicate nella GU n. 114 serie generale parte I del 17/5/96
24. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke. In : MarlerJR, Winter-JonesP, EmrM, editors. Proceedings of the National Symposium on Rapid Identification and Treatment of Acute Stroke. Bethesda,MD: National Institute of Health; 1997. pp 157-8. NIH Publication No. 97-4239

## Allegato B

RETE INTEGRATA PER L'ASSISTENZA AL TRAUMA GRAVE E NEUROTRAUMA NEL  
LAZIO: IDENTIFICAZIONE DEI NODI E DELLE AREE DI AFFERENZA

## **INDICE**

- 1.Introduzione
- 2.Modello organizzativo e relazioni funzionali del Sistema Integrato di Assistenza al Trauma (SIAT)
- 3.Analisi dell'offerta regionale per il neurotrauma
- 4.Definizione dei requisiti per l'identificazione dei nodi della rete
- 5.Identificazione dei Centri Traumi di Alta Specializzazione (CTS)
- 6.Identificazione delle aree di afferenza per i Centri Traumi di Alta Specializzazione (CTS)
- 7.Bibliografia
- 8.Appendice
- 9.Allegato (Pcae TRAUMA)

## 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 701158 ( 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, analiticamente descritto nel documento "Linee guida per la costituzione e lo sviluppo di reti assistenziali di alta specialità" e riportato nei paragrafi successivi, è costituito da una rete di strutture ospedaliere tra di 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.

E' 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).

Nel presente documento, particolare attenzione è stata posta alla descrizione dell'offerta relativamente al neurotrauma in considerazione del fatto che un traumatizzato grave, presenta spesso un trauma cerebrale e/o midollare e necessita pertanto di un rapido trasferimento in una struttura neurochirurgica con specifiche competenze.

## 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 in con il PSN del 2003-3005 e già utilizzato in alcune regioni italiane quali l'Emilia Romagna e Lombardia, 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 le maglie della rete.

La finalità di un SIAT e' 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 del 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, e' 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 ed 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 ed 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, di assistenza al paziente critico al fine di intervenire tempestivamente ed efficacemente evitando la congestione solo dei centri ad 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. E' 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 dalla 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 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.

Le strutture assistenziali dedicate della rete devono essere dislocate sul territorio in modo da ottimizzare le connessioni funzionali tra ospedali periferici e centri di riferimento e devono condividere protocolli di trasferimento e percorsi clinico-assistenziali. La Regione Lazio ha già provveduto con la DGR n° 1729/02 a disciplinare i trasferimenti interospedalieri, invece per quanto riguarda i percorsi clinico-assistenziali in emergenza (PCAE), l'ASP ha coordinato un gruppo di lavoro multidisciplinare che ha prodotto PCAE basandosi sulle migliori prove di efficacia esistenti in letteratura (Guasticchi G, 2005). Il percorso relativo al paziente con trauma grave è riportato nel documento in allegato.

### **3. Analisi dell'offerta regionale per neurotrauma**

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).

Per tale motivo si è provveduto a valutare l'offerta delle strutture di neurochirurgia nella regione Lazio dove risultano attive 15 neurochirurgie di cui 2 pediatriche, una collocata presso l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù e l'altra presso il Policlinico Gemelli. Le neurochirurgie sono presenti in tutte le strutture sede di DEA II livello, due sono in strutture senza pronto soccorso. Le neurochirurgie sono collocate prevalentemente nelle strutture ospedaliere della città di Roma e della provincia, ad esclusione di una attiva presso il polo ospedaliero di Latina nord.

Per quanto riguarda i centri di riabilitazione specialistici, nella regione Lazio sono presenti due strutture classificate come unità spinali (codice 28), una presso il CTO (Presidio ospedaliero ASLRMC) e l'altra presso il Centro paraplegici di Ostia (Presidio ospedaliero ASLRMD).

Nel Lazio, non è stato ancora individuato, come previsto dalla Linee Guida nazionali, una tipologia di reparto/area specifica per la cura di pazienti con postumi di grave cerebro-lesione acquisita. Nelle DGR n. 6028/1999, n. 161/2001, n. 695/2002, e n. 161/2005 è stata invece definita una tipologia di ricoveri di Riabilitazione ad Alta Intensità (RAI) che vanno effettuati solo in strutture autorizzate ad avere "posti letto in convenzione RAI".

I Centri autorizzati a trattare pazienti con gravi cerebrolesioni acquisite sono: S. Lucia (IRCCS Privato, ASL RMC), S. Giovanni Battista (Ospedale classificato, ASL RMD), S. Giuseppe (Casa di cura privata accreditata, ASL RME), S. Raffaele - Cassino (Casa di cura privata accreditata, ASL FR).

Per l'assistenza al paziente con grave cerebrolesione in età pediatrica è attualmente funzionante l'Unità per Grave Disabilità dell'età evolutiva presente presso l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù.

#### 4. Definizione dei requisiti utilizzati per l'identificazione dei nodi della rete

Il modello organizzativo SIAT è costituito da tre categorie di centri come esplicitato nel paragrafo 2. Al fine di identificare i nodi (CTS, CTZ, PST) della rete nella Regione Lazio si è provveduto a valutare i requisiti già utilizzati in alcune regioni italiane, quali l'Emilia-Romagna e Lombardia, adattandoli al contesto organizzativo regionale. I requisiti per ciascun centro sono di seguito riportati:

**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 Ospedaliero non sede di DEA.

**Centro Traumi di Zona (CTZ),** deve essere collocato in una struttura sede di DEA ( I o II livello) ed 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 definiti 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 e' collocabile presso un DEA di II livello in cui siano presenti le specialità quali la 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 ed 1 CTS ogni 4 milioni di abitanti con "Pediatric Commitment".

Nella tabella 1 sono riportati i requisiti valutati per l'identificazione dei CTS. I dati relativi alle dimissioni per trauma utilizzati per il calcolo della percentuale dei casi con trauma grave sono estesamente riportati nella tabella insieme ai criteri di selezione relativi in appendice.

**Tabella 1 . Requisiti per CTS e CTS con “pediatric commitment “per la rete del trauma grave e neurotrauma**

Requisiti per CTS (Centro Traumi di Alta Specializzazione)		A.O. S. Camillo- F	A.O. S.Giovanni	A.O. S. Filippo Neri	Pol A. Gemelli	Pol Umb I	Pol TV	P.O. Latina Nord	Ospedale Bambino Gesù
DEA II livello	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI*	SI*	SI
Volumi attività per qualsiasi tipo di trauma adulto (>14 anni) ( 400- 500 dimissioni per trauma anno)	Totale dimissioni traumi	2313	1884	1063	1271	2035	453	1580	27
Percentuale di casi con trauma grave sul totale dei casi (superiore al 60%)		65.8%	78.5%	54.8%	65.5%	61.5%	66.0%	45.8%	55.5%
Cardiochirurgia°		SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI
Neurochirurgia °		SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Chirurgia maxillo-facciale°		SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO
Chirurgia plastica°		SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI
Requisiti per CTS con pediatric commitment									
Volumi attività traumi bambino (0-14 anni)	Totale dimissioni traumi	247	70	20	264	330	19	204	1054
Neurochirurgia pediatrica °		NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI

\*tipologia DEAll secondo il documento di riorganizzazione della rete dell'emergenza.

° Fonte: Sipler 2006.

## 5. Identificazione dei Centri Traumi di Alta Specializzazione (CTS)

In base all'analisi effettuata, i centri hub (CTS) sono stati identificati nelle seguenti strutture ospedaliere:

- Az.Universitaria Policlinico Umberto I
- Az. Universitaria Policlinico Tor Vergata
- AO S.Camillo Forlanini
- Az.Universitaria Policlinico Gemelli.

Mentre come CTS con pediatric commitment:

- Az.Universitaria Policlinico Gemelli
- IRCSS Bambino Gesù

I centri su indicati sono stati scelti anche in base alla casistica di traumi gravi, definiti tali in base al punteggio di gravità Injury severity score (ISS) > 15, trattata presso ciascuna struttura.

Per il calcolo dell'ISS sono stati attribuiti ai codici diagnosi ICD9CM della schede di dimissione ospedaliera i punteggi AIS riportati nelle "Linee Guida per la codifica dei traumi per gravità" della regione Lazio (DGR n°1735/02) e, per ciascuna dimissione, è stato calcolato il punteggio ISS a partire dai punteggi AIS . Per ciascun istituto è stato calcolato il valore medio di ISS per i traumi gravi (ISS>15).

Il valore medio di ISS per traumi con ISS> 15 per ciascun istituto è di seguito riportato:

### Valore medio ISS per traumi gravi per Istituto

<i>Istituti</i>	<i>A.O. S. Camillo- F</i>	<i>Pol A. Gemelli</i>	<i>Pol Umb I</i>	<i>Pol TV</i>
<i>Valore medio dell' ISS per traumi gravi (ISS15) (media regionale 24)</i>	24	21	25	22

## 6. Identificazione delle aree di afferenza per i Centro Traumi di Alta Specializzazione (CTS)

Per ciascun centro hub (CTS) è stata identificata l'area di afferenza (vedi Tabella 2), definita sulla base dei seguenti criteri: 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.

Considerata la collocazione dei centri hub (CTS) presso strutture con DEA II livello, le aree di afferenza coincidono con quelle indicate nel documento sulla riorganizzazione della rete dell'emergenza nel Lazio.

Per i due CTS con pediatric commitment non è necessario identificare le aree di afferenza in quanto sono di riferimento per tutto il territorio regionale è comunque opportuno, all'interno del SIAT, definire percorsi clinico assistenziali per la gestione dei traumi gravi pediatrici al fine di indirizzare i pazienti presso il luogo di cura adeguato.

Nella tabella 3 è riportata la tabella descrittiva per singola struttura erogatrice di tipologia di nodo e l'area di afferenza.

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.

Entro 6 mesi, comunque, verrà rivalutata la suddivisione territoriale delle aree in virtù della particolare collocazione geografica e delle caratteristiche assistenziali dell'A.O. S. Andrea.

**Tabella 2 – Aree di afferenza per i Centro Traumi di Alta Specializzazione (CTS)**

CTS	Popolazione dell'area di riferimento	Area di riferimento
Pol. Umberto I	1.549.832	<b>Area 1:</b> ASL RMA, ASL RM B (Distretto 1), ASL RMG, ASL FR
Pol. Tor Vergata	903.648	<b>Area 2:</b> ASL RM B (Distretti 2, 3, 4), ASL RMH (Distretti 1, 2, 3 e 5), ASL RM C (Distretto 6)
A.O. S. Camillo	1.596.722	<b>Area 3:</b> ASL RMC (Distretti 9, 11 e 12), ASL RMD; ASL RM H (Distretti 4 e 6), ASL LT
Pol. Gemelli	1.219.770	<b>Area 4:</b> ASL RM E, ASL RM F, ASL VT, ASL RI

**Tabella 3- Identificazione dei centri (CTS, CTZ, PST) per il SIAT**

ASL	ISTITUTO	COD IST.	Tipologia PS	Identificazione nodi (CTS, CTZ, PST)*	Aree di afferenza
RMA	San Giacomo	02700	DEA I	PST	Area 1
RMA	San Giovanni Calibita - FBF	07200	DEA I	PST	Area 1
RMB	Policlinico Casilino	16500	DEA I**	PST	Area 2
RMB	Sandro Pertini	26700	DEA I	CTZ	Area 1
RMC	C.T.O.	05800	DEA II	CTZ	Area 3
RMC	Sant' Eugenio	06600	DEA II	PST	Area 3
RMC	Madre Giuseppina Vannini	07600	DEA I	PST	Area 2
RMD	Giovanni Battista Grassi	06100	DEA I	PST	Area 3
RME	Santo Spirito	02600	DEA I	CTZ	Area 4
RME	San Pietro - FBF	07100	DEA I	PST	Area 4
RME	San Carlo di Nancy	07300	PS	PST	Area 4
RME	Cristo Re	07400	PS	PST	Area 4
RME	Aurelia Hospital	18000	DEA I	PST	Area 4
RMF	San Paolo	04500	DEA I	PST	Area 4
RMF	Civile di Bracciano	05900	PS	PST	Area 4
RMG	Parodi Delfino	04600	PS	PST	Area 1
RMG	Santissimo Gonfalone	04900	PS	PST	Area 1
RMG	Coniugi Bernardini	05100	PS	PST	Area 1
RMG	Angelucci	05200	PS	PST	Area 1



RMG	San Giovanni Evangelista	05300	DEA I	CTZ	Area 1
RMH	Generale Provinciale	04300	DEA I	PST	Area 3
RMH	San Giuseppe	04401	PS	PST	Area 2
RMH	Ercole De Santis	04402	PS	PST	Area 2
RMH	San Sebastiano Martire	04700	PS	PST	Area 2
RMH	San Giuseppe	04800	PS	PST	Area 2
RMH	Civile di Velletri	05400	DEA I	PST	Area 2
RMH	Sant' Anna	13400	PS	PST	Area 3
ASL VT	Civile di Acquapendente	00200	PS	PST	Area 4
ASL VT	Andosilla	00300	PS	PST	Area 4
ASL VT	Civile di Montefiascone	00400	PS	PST	Area 4
ASL VT	Civile di Tarquinia	00700	PS	PST	Area 4
ASL VT	Belcolle	27100	DEA I	CTZ	Area 4
ASL RI	San Camillo de Lellis	01900	DEA I	CTZ	Area 4
ASL RI	Marzio Marini	02000	PS	PST	Area 4
ASL RI	Francesco Grifoni	02200	PS	PST	Area 4
ASL LT	Polo osp. Latina Nord	20001	DEA II**	CTZ	Area 3
ASL LT	A. Fiorini	20401	PS	PST	Area 3
ASL LT	San Giovanni di Dio	20402	PS	PST	Area 3
ASL LT	Dono Svizzero	20601	DEA I	PST	Area 3
ASL LT	Civile di Gaeta	20602	PS	PST	Area 3
ASL LT	I.C.O.T.	21201	PS	PST	Area 3
ASL LT	Citta' di Aprilia	21500	PS	PST	Area 3
ASL FR	Umberto I	21600	DEA I	CTZ	Area 1
ASL FR	San Benedetto	21700	PS	PST	Area 1
ASL FR	Civile di Anagni	21800	PS	PST	Area 1
ASL FR	Civile di Ceccano	22100	PS	PST	Area 1
ASL FR	Pasquale Del Prete	22500	PS	PST	Area 1
ASL FR	Santissima Trinita'	22600	PS	PST	Area 1
ASL FR	Gemma de Bosis	22800	DEA I	PST	Area 1
A.O. (RMD)	San Camillo- Forlanini	90100	DEA II	CTS	Area 3
A.O. (RMA)	San Giovanni	90200	DEA II	CTZ	Area 1
A.O. (RME)	San Filippo Neri	90300	DEA II	CTZ	Area 4
IRCSS (RMA)	Bambino Gesù' - Roma	90400	DEA II	<b>CTS pediatrico</b>	Area 4
P.U. (RME)	A. Gemelli	90500	DEA II	CTS e CTS pediatrico	Area 4
P.U. (RMA)	Policlinico Umberto I	90600	DEA II	CTS	Area 1
A.O. (RME)	Policlinico S. Andrea	91900	PS	PST	Area 4
P.U. RMB	Policlinico Tor Vergata	92000	DEA II**	CTS	Area 2

\*\*Tipologia PS/DEA secondo il documento di riorganizzazione della rete di emergenza.

## 7. Bibliografia

1. Consiglio Superiore di Sanità' sezione I. Sistema integrato per l'assistenza al trauma maggiore –siat. Definizione e valutazione di un modello organizzativo. Osvaldo Chiara. Anno 2004
2. Trauma Center per adulti con “Pediatric Commitment”. Consiglio Superiore di Sanità dell'8 luglio 2003.
3. Ministero della salute . Commissione per il miglioramento del sistema urgenza-emergenza .Documento sulle problematiche della rete ospedaliera Gruppo di lavoro: Chiara, Enrichens, Giustolisi, Ferrari, Berni, Giovanardi, Giuffrida, Petrovich, Di Benedetto, Mannucci, Salvini, Di Leo. Marzo 2005
4. Delibera di Giunta Regionale Emilia Romagna n° 2002/1267 del 22/7/2002: Piano sanitario regionale 1999/2001-approvazione di linee guida per l'organizzazione delle aree di attività di livello regionale secondo il modello hub and spoke.
5. Requisiti specifici per l'accreditamento delle Strutture di Neurochirurgia – Emilia Romagna. 2004.
6. Il Resources for optimal Care of the Injured Patient 1999 (American college of surgeons) Sito : <http://www.facs.org/trauma/amend99.html>
7. Basso A, Previgliano I, Duarte JM, Ferrari N. Advances in management of neurosurgical trauma in different continents. World J Surg. 2001 Sep; 25(9):1174-8.
8. Servadei F, Antonelli V, Betti L, Chierogato A, Fainardi E, Gardini E, Giuliani G, Salizzato L, Kraus JF. Regional brain injury epidemiology as the basis for planning brain injury treatment. The Romagna (Italy) experience. J Neurosurg Sci. 2002 Dec;46(3-4):111-9.
9. Servadei F, V Antonelli, A Mastrilli et al. Integration of image transmission into a protocol for head injury management: a preliminary report. Brit.J. Neurosurg 2002;16(1):36-42
10. Linee-guida SIAARTI : raccomandazioni per il trattamento del grave traumatizzato cranico adulto, 2005.
11. Documento intersocietario trauma center in Italia, 14 marzo 2002.
12. Committee of Trauma dell'American College Surgeons. <http://www.facs.org/trauma/publications.html>
13. Pagliacci MC, MG Celani, M Zampolini et al. An Italian Survey of traumatic spinal cord injury. The gruppo italiano studio epidemiologico mielolesioni study. Arch Phys Med Rehabil. 2003 Sep; 84(9):1266-75.

## 8. Appendice

Tabella A. Distribuzione dimissioni per trauma e per trauma grave per istituto di ricovero (acuti, ordinari, ssn - Dati SIO 2006)

CODICE	ISTITUTO	Tipo PS*	Traumi Totali di pazienti 14 anni	Traumi gravi 0-14 anni	Traumi Totali di pazienti > 14 anni	Traumi gravi >14 anni
00200	Civile di Acquapendente	PS			85	5
00300	Andosilla	PS	3	2	239	126
00400	Civile di Montefiascone	PS			33	7
00700	Civile di Tarquinia	PS	37	33	613	382
01900	San Camillo de Lellis	D1	154	52	1.287	791
02000	Marzio Marini	PS	2	1	158	80
02200	Francesco Grifoni	PS			38	1
02601	P.O. Santo Spirito	D1	7	4	864	479
02700	San Giacomo	D1	1	1	588	427
03000	Regionale Oftalmico	PS	17		109	1
03400	George Eastman	PS	5	3	46	40
04301	P.O. Anzio-Nettuno Stab. Anzio	D1	34	26	543	376
04401	San Giuseppe	PS	9		339	7
04402	Ercole De Santis	PS	88	2	103	10
04500	San Paolo	D1	54	24	738	309
04600	Parodi Delfino	PS	100	30	556	339
04700	San Sebastiano Martire	PS	22	19	644	425
04800	San Giuseppe	PS	107	10	95	31
04900	Santissimo Gonfalone	PS	18	15	323	244
05100	Coniugi Bernardini	PS	91	8	311	201
05200	Angelucci	PS	8	2	124	71
05300	San Giovanni Evangelista	D1	114	38	739	520
05400	Civile di Velletri	D1	70	14	556	364
05800	Centro Traumatologico Ortopedico	D2	120	100	2.785	2.046
05900	Padre Pio	PS	17	9	556	285
06100	Giovanni Battista Grassi	D1	73	18	634	361
06600	Sant'Eugenio	D2	69	62	912	584
07100	San Pietro - Fatebenefratelli	D1	123	46	959	617
07200	San Giovanni Calibita - FBF	D1	5	2	449	267
07300	San Carlo di Nancy	PS	18	17	516	363
07400	Cristo Re	PS	6	5	193	130
07600	Madre Giuseppina Vannini - Figlie di San Camillo	D1	22	20	759	488
13400	Sant'Anna	PS	25	16	554	340
16500	Policlinico Casilino	D1	17	11	586	441
18000	Aurelia Hospital	D1	55	35	1.347	801
20001	P.O. Latina Nord Stab. Latina	D1	201	30	1.469	714
20003	P.O. Latina Nord Stab. Priverno	PS	3		96	3
20401	P.O. Latina Centro Stab. Terracina	PS	32	14	782	439
20402	P.O. Latina Centro Stab. Fondi	PS	38	1	141	5
20601	P.O. Latina Sud Stab. Formia	D1	97	33	945	493
20602	P.O. Latina Sud Stab. Gaeta	D1	1		4	
21200	Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico	PS	78	75	1.340	898
21500	Citta di Aprilia	PS	16	11	510	248
21600	Umberto I	D1	141	33	1.293	748
21700	San Benedetto	PS	113	35	512	267
21800	Civile di Anagni	PS	12	7	326	147
22100	Civile di Ceccano	PS			72	26
22500	Pasquale Del Prete	PS	5	2	127	15
22600	Santissima Trinita'	PS	93	39	771	482
22800	Gemma de Bosis	D1	58	33	669	454
26700	Sandro Pertini	D1	162	44	1.530	919

27100	Belcolle	D1	224	64	1.630	1.190
90100	San Camillo - Forlanini	D2	247	85	2.313	1.523
90200	San Giovanni	D2	70	42	1.884	1.478
90301	San Filippo Neri	D2	20	14	1.063	583
90401	Bambino Gesù - Roma	D2	1.054	391	27	15
90501	Policlinico A. Gemelli	D2	264	53	1.271	833
90600	Policlinico Umberto I	D2	330	80	2.035	1.251
91900	Sant'Andrea	PS	149	67	780	552
92000	Tor Vergata	PS	19	16	453	299
	totale strutture senza PS		251	166	4.557	2565
	totale strutture con PS		4918	1794	41.424	25541
	<b>Totale</b>		<b>5.169</b>	<b>1.960</b>	<b>45.981</b>	<b>28.106</b>

\* La tipologia di PS è quella in vigore al 2006

### **Criteri di selezione dei pazienti con trauma per la descrizione dei volumi di attività**

Per valutare il volume di attività delle strutture per l'assistenza a pazienti con trauma i codici ICD9CM selezionati sono stati: da 800 a 904 e da 910 a 959.

### **Criteri di selezione dei pazienti con trauma e neurotrauma gravi per la descrizione dei volumi di attività**

Per valutare il volume di attività delle strutture che ricoverano pazienti con traumi che richiedono un livello medio alto di assistenza, sono stati selezionati tutte le dimissioni per traumi di media ed alta gravità, utilizzando i codici di seguito riportati.

<b>Selezione per diagnosi di trauma e neurotrauma gravi</b>	
<b>Codice ICD9CM</b>	<b>Descrizione</b>
800-804	Fratture cranio e midollo spinale
805-829	Fratture collo, tronco, arti
850-854	Traumatismi intracranici
860-862	Traumatismi interni del torace
863-869	Traumatismi interni dell'addome
880-887	Ferite Aperte dell'arto superiore
890-897	Ferite Aperte dell'arto inferiore
900-904	Traumatismi dei vasi sanguigni
925-929	Schiacciamento
940-949	Ustioni
950-957	Traumatismi dei nervi e del midollo spinale

**ALLEGATO**

**Percorsi Clinico Assistenziali  
per la gestione del paziente critico  
nella rete dell’Emergenza della Regione Lazio  
  
(PCAE)**

**PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE NELL' EMERGENZA (PCAE)  
PER IL PAZIENTE CON TRAUMA GRAVE**

## **A cura di:**

Responsabile scientifico del Progetto *“Percorsi Clinico Assistenziali in Emergenza nel Lazio”*

**Gabriella Guasticchi - Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio**

**Assunta De Luca - Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio**

Gruppo di Coordinamento del Progetto *“Percorsi Clinico Assistenziali in Emergenza nel Lazio”*

**Nera Agabiti, Stefania Cardo, Adriana Carola, Assunta De Luca, Marica Ferri, Stefania Gabriele, Gabriella Guasticchi, Tom Jefferson, Antonella Polenta - Agenzia di Sanità Pubblica Regione Lazio**

**Gruppi di lavoro dei documenti PCAE:** sono riportati nei singoli PCAE

**Revisori dei documenti PCAE:** sono riportati nei singoli PCAE

Società Scientifiche rappresentate

**AAROI: Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani**

**ALICE: Associazione per la Lotta all'Ictus Cerebrale**

**ANMCO: Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri**

**ANMDO: Associazione Nazionale Medici di Direzione Ospedaliera**

**APOL: Associazione Pediatri Ospedalieri Lazio**

**GSMCV: Gruppo di Studio Malattie Cerebrovascolari**

**MUP: Medicina d'Urgenza Pediatrica**

**SIARTI: Società Italiane Anestesia Analgesia Rianimazione Terapia Intensiva**

**SIAPAV: Società Italiana di Angiologia e Patologia Vascolare**

**SICardiologia: Società Italiana di Cardiologia**

**SICChirurgia: Società Italiana di Chirurgia**

**SICI-GISE: Società Italiana di Cardiologia Invasiva**

**SICCH: Società Italiana di Chirurgia Cardiaca**

**SICM: Società Italiana Chirurgia della Mano**

**SICUT: Società Italiana di Chirurgia d'Urgenza e del Trauma**

**SICVE: Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare**

**SICG: Società Italiana di Chirurgia del Ginocchio**

**SIGO: Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia**

**SIGOs: Società Italiana Geriatri Ospedalieri**

**SIMEU: Società Italiana di Medicina d'Emergenza-Urgenza**

**SIN: Società Italiana Neurologia**

**SINCH: Società Italiana di Neurochirurgia**

**SIOT: Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia**

**SIP: Società Italiana Pediatria**

**SIS 118: Società Italiana Sistema 118**

**SNO: Società Neurologi, Neurochirurghi e Neuroradiologi Ospedalieri**

**Comitato di redazione**

**Nera Agabiti, Anna Patrizia Barone, Stefania Cardo, Adriana Carola, Assunta De Luca, Marica Ferri, Stefania Gabriele, Gabriella Guasticchi, Tom Jefferson, Antonella Polenta - Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio**

**Fabio Azzeri, Stefano Calderale, Alessandro Caminiti, Stefano Cataldi, Antonio Castellano, Enrico Margaritondo, Anna Maria Matarese, Antonio Montone, Cesare Greco, Daniela Parola, Quirino Piacevoli, Giulio Maria Ricciuto, Maria Luisa Sacchetti**

**Supporto tecnico**

**Andrea Angelini, Carlo Francia, Roberta Macci, Sandra Magliolo, Annalisa Vitale**

**Elaborazione dati SIO - SIES**

**Giuliano Lori, Cecilia Pardi, Valeria pancioni**

# PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE NELL' EMERGENZA (Pcae)

## PER IL PAZIENTE CON TRAUMA GRAVE

### Indice

#### Percorso clinico assistenziale nell' emergenza per il paziente con trauma grave

##### Introduzione

1. Metodi
  - 1.1 Fonti
  - 1.2 Risultati della ricerca
2. Definizione del trauma grave
3. Epidemiologia
4. Tempi di soccorso nel trauma
5. Gestione del Paziente critico-Fase preospedaliera
  - 5.1 Criteri di identificazione dei traumi gravi sul territorio
  - 5.2 Richiesta di intervento al Sistema di Emergenza Sanitaria 118 (Ricevimento della chiamata e triage telefonico-Dispatch)
  - 5.3 Scelta dell'invio dei mezzi di soccorso
    - 5.3.1 I mezzi di soccorso, attrezzatura e equipaggio
    - 5.3.2 Dotazione dei mezzi di soccorso
  - 5.4 Triage sul territorio
  - 5.5 Attività sul territorio dei mezzi di soccorso
    - 5.5.1 Attività sul territorio dei mezzi di soccorso di base (BLS) con a bordo Infermiere Professionale
    - 5.5.2 Attività sul territorio dei mezzi di soccorso avanzato (ALS) con a bordo Medico d'Emergenza
  - 5.6 Protocollo operativo di intervento sul territorio
  - 5.7 Destinazione del paziente con trauma grave
  - 5.8 Modalità di trasporto primario
  - 5.9 Allegati Tecnici

Allegato n.1 - Algoritmo Percorso clinico assistenziale nell' emergenza per il paziente con trauma grave

Allegato n.2 - Ustioni

Allegato n.3 - Traumi degli arti

Allegato n.4 - Dotazione farmacologica e strumentale dei mezzi di soccorso

Allegato n.5 - Triage sul territorio - American College Of Surgeons

Bibliografia



## **Gruppo di lavoro**

### **Gruppo base**

Anestesista-rianimatore: Giuseppe Nardi; Rodolfo Proietti; Gabriella Vivino

Medico emergenza: Francesco Levi Della Vida

Medico Geriatra: Massimo Palleschi

Chirurgo: Stefano Calderaie, Lorenzo Iacovoni; Sergio Ribaldi; Marco Sacchi

Infermieri emergenza: Schiumarini

Medici 118: Cristina Agri, Alessandro Caminiti, Stefano Cataldi, Angela Panuccio, Pietro Pugliese

Infermieri 118: Mario Parisella, Luca Porcelli

Medico Direzione Sanitaria: Egidio Sesti

Assunta De Luca, Marica Ferri, Stefania Gabriele, Tom Jefferson - Agenzia di Sanità Pubblica Regione Lazio

### **Traumi Cerebro-spinali**

Neurochirurgo: Umberto Agrillo, Paolo Missori

Ortopedico: Angelo Impagliazzo

Otorinolaringoiatra: Gianluca Bellocchi

### **Traumi Toraco-addominali**

Chirurgo Toracico: Renzo Ciani

### **Traumi Maxillo-facciali**

Specialista maxillo facciale: Bruno Pesucci

### **Traumi degli arti**

Ortopedico: Francesco Pallotta

Chirurgo vascolare: Giovanni Bandiera, Bertoletti, Paolo Leporelli

Chirurgo della mano: Enrico Margaritondo

Chirurgo plastico: Antonio Montone

Referee

**Mariangela Taricco, Centro Cochrane Italiano, Milano**

**Nino Stocchetti, Professore Associato Anestesiologia - Università di Milano. Terapia Intensiva Neuroscienze -**

**Ospedale Maggiore Policlinico**

## **Introduzione**

Viene riassunto nel presente documento il percorso assistenziale nell'emergenza per soggetti affetti da traumi gravi.

L'esigenza nasce dal necessario approfondimento clinico legato alle linee guida per gli operatori sanitari sul "trasferimento del paziente critico nella rete dell'emergenza in continuità di soccorso" (DGR 1729/02).

Il documento è composto da una fase extraospedaliera ed una intraospedaliera (PCAE-cs), attualmente in fase di stesura; si riporta pertanto solo la prima fase, suddivisa in tre parti.

La prima è una spiegazione del percorso con relative azioni raccomandate. La seconda è un algoritmo plastificato per facilità d'uso che corrisponde ad una ulteriore sintesi di questo documento. La terza è composta da allegati con descrizione dettagliata dei criteri diagnostico-terapeutico-organizzativi per la gestione del paziente con particolari traumi (ustioni e traumi degli arti).

Il presente PCAE va letto contestualmente con quanto riportato nella parte relativa agli aspetti assistenziali ed organizzativi comuni a tutti i PCAE.

Nel presente PCAE vengono considerati i pazienti gravemente traumatizzati, secondo la definizione riportata nel capitolo 2 e non viene trattato il trauma di soggetti fino a 12 anni di età, che è oggetto di studio di un altro gruppo di lavoro.

L'aggiornamento del presente PCAE avrà una scadenza triennale; il prossimo aggiornamento è previsto per il 2008.

## **1. METODI**

### **1.1 Fonti**

La stesura di questo documento è stata preceduta da una revisione della letteratura effettuata attraverso le banche dati Medline e Cochrane Library con le seguenti parole chiave: Trauma Triage, Dispatch System, Prehospital Trauma Guidelines, Field Triage, Critical Trauma Patient, Trauma System, Prehospital Trauma Care, Critical Care Guidelines, Trauma and Emergency Ambulance, Reimplantation, Prehospital Burns Treatment.

### **1.2 Risultati della ricerca**

Le ricerche bibliografiche svolte dal gruppo multidisciplinare hanno evidenziato una quasi completa mancanza di prove scientifiche di effetto (efficacia e sicurezza garantite da trial clinici randomizzati) degli interventi terapeutici evidenziati in questo PCAE (*Malczynski J T*).

Se da una parte questo è comprensibile date le difficoltà etiche e logistiche di raccogliere prove da studi randomizzati o quantomeno comparativi, il panel ha ritenuto di grande utilità le numerose linee guida esistenti. La maggior parte delle

linee guida non riportano però chiaramente la metodologia utilizzata per la identificazione di raccomandazioni. Il panel, per la produzione del documento e nell'ottica delle migliori evidenze, ha tenuto conto di quelle prodotte dalle maggiori istituzioni e società scientifiche.

E' opportuno ricordare inoltre che in letteratura sono presenti revisioni sistematiche di studi randomizzati controllati che non hanno identificato prove a sostegno di alcune procedure comunemente seguite nella gestione preospedaliera del trauma (utilizzo di grandi quantità di liquidi infusi nelle emorragie gravi, utilizzo della immobilizzazione spinale, utilizzo di procedure ALS da parte di personale non medico) (*Bunn F, 2001*); è discussa anche l'efficacia di unità mobili con anestesisti a bordo sull'outcome dei pazienti affetti da trauma (*Christenszen EF, 2003*), il beneficio di unità ALS in centri urbani con Trauma Center di alta specializzazione (*Lieberman M, 2003*) e l'utilizzo di pantaloni pneumatici anti-shock (*Dickinson K, 2000*).

Questi risultati indicano che sono necessari ulteriori studi sull'efficacia dei sistemi di emergenza che prevedono modalità di risposta complesse, diversificate, per materiali e risorse umane nelle diverse situazioni che caratterizzano il trauma grave.

In particolare, c'è bisogno, comunque, di prove di efficacia provenienti da trial o da altri studi comparativi riguardo l'effetto della codifica delle emergenze e del conseguente invio diversificato dei mezzi (BLS e ALS) sull'outcome dei pazienti vittime di traumi gravi.

## **2. DEFINIZIONE DEL TRAUMA GRAVE**

Nell'accezione comune il termine "traumatizzato" viene riferito ad un qualsiasi individuo che abbia subito un trauma, chiuso o aperto, con il coinvolgimento di un singolo o di diversi organi ed apparati. Tuttavia in questo termine vengono compresi tutti i livelli di gravità, dal più semplice al più complesso, che il trauma possa aver determinato.

È quindi necessario definire meglio il paziente che abbia subito un trauma di gravità tale da coinvolgere la struttura sanitaria in maniera finalizzata a salvarne organi, funzioni e quindi la vita stessa.

Le Linee Guida esaminate (*ACS-COT, 1999; Trauma Advisory Council, Oklahoma State, 1997; Community Health and Emergency Medical Services, Alaska State 2002; Injury Advisory Committee, South West Sydney, 2001*) prendono in considerazione due concetti dominanti:

- l'evidente severità delle lesioni;
- l'alto rischio di severità delle lesioni a cui l'entità del trauma ha sottoposto il paziente.

Nelle linee guida dell' Alaska si introduce anche il concetto di lesione di gravità tale che possa richiedere l'intervento chirurgico nelle prime 24 ore dopo l'incidente (*Community Health and Emergency Medical Services, Alaska State, 2002*).

L'American College of Emergency Physicians (ACEP) e la Consensus Conference di Ustein, definiscono il Trauma Maggiore come quello che abbia determinato lesioni con gravità indicata da un Injury Severity Score (ISS)  $\geq 16$  (*American College of Emergency Physicians, 2004; Dick WF, 1999*).

Gli studi osservazionali presenti in letteratura riportano l'associazione fra ISS  $\geq 16$  ed aumento di mortalità e morbilità (*Baldry Currens JA, 2000; Cooke RS, 1995; Rutledge R, 1993 MacKenzie EJ, 1986*).

La società tedesca di Chirurgia del Trauma definisce come "Politrauma" le lesioni di più regioni corporee o sistemi, delle quali almeno una lesione o la combinazione di più lesioni sia a rischio vitale, con un ISS=16 (*Dresing, 2002*); da non confondere con una grave lesione di una regione corporea, di per se con rischio vitale e che può determinare disturbi funzionali anche di altri organi non traumatizzati (Barytrauma) (*Oestern HJ, 1997*). Anche riguardo allo score di gravità gli autori tedeschi riportano piccole differenze: uno score ISS > 15 è considerato politrauma, un ISS > 24 è un politrauma maggiore (grave) (*Ziegenfuß T, 1998*).

Le evidenze scientifiche raccolte riportano queste uniche diversità di definizione del trauma e dei livelli di gravità, per cui pur considerando utile anche la suddivisione in due gruppi di gravità per ISS  $\geq 16$ , la necessità di poter confrontare i dati epidemiologici con altre realtà internazionali fa optare il panel per le indicazioni dell'ACEP e della Consensus Conference di Ustein.

**Il panel definisce** come traumatizzato grave un individuo che abbia subito un trauma di gravità tale da compromettere una o più funzioni vitali con imminente pericolo di vita, con uno score di ISS  $\geq 16$ .

*Livello di evidenza IV, Raccomandazione di forza A.*

### 3. EPIDEMIOLOGIA

Negli USA, come 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 (*Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta 2002*).

Ogni anno circa 59 milioni di americani sono sottoposti ad un evento traumatico e più di 36 milioni sono gli accessi nei Dipartimenti di Emergenza, con 2,6 milioni di dimissioni ospedaliere ogni anno. La maggior parte degli eventi fatali è determinata da traumi contusivi, soprattutto causati da incidenti stradali (*ACS-COT - Injury Prevention*).

Questi dati sono confermati da altri studi che indicano come i traumi contusivi siano l'88% del totale e i penetranti il 6%; la causa principale è attribuibile ad incidente stradale (56%) e a caduta (26%) (*Cameron P, 1995*). Da uno studio prospettico italiano (Friuli Venezia Giulia) si sono identificati 627 casi di trauma/anno con ISS > 15 e una incidenza dello 0,5 per 1000 per anno. Nel 98% dei casi il trauma è contusivo e interessa maggiormente gli adulti nella fascia di età 15-44 anni (55%) e i maschi (79%). La principale causa è da incidenti stradali (81%) e da caduta (9%) con una mortalità

totale (comprensiva dei deceduti sul posto) del 46% e una mortalità ospedaliera a 30 giorni del 24,1% (*Di Bartolomeo S, 2004*).

Nella regione Lazio gli accessi registrati nei PS, relativi all'anno 2003, con almeno una diagnosi di trauma (ICD-9-CM 800-959) sono stati in totale 739.203 (34% del totale degli accessi) (Fonte SIES 2003).

Gli accessi con almeno una diagnosi nel gruppo delle ustioni (ICD-9-CM tra 940-949) sono state 12.791 (0.6% del totale) e nel gruppo delle amputazioni 394 per gli arti superiori (ICD-9-CM 885-887) e 85 per gli inferiori (ICD-9-CM 895-897). Gli accessi in PS per diagnosi di trauma riguardano prevalentemente i maschi (60%) e la fascia d'età 15-44 anni (52%) (Fonte SIES 2003).

La distribuzione degli accessi per triage indica che i casi più gravi si registrano nei maschi. La distribuzione per causa del trauma indica che il 19% di questi sono causati da incidenti stradali, il 17% da incidenti domestici e il 18,5% da incidenti in altri luoghi (Fonte SIES 2003). Di questi accessi, il 6% è esitato in ricovero. Le dimissioni per trauma (ICD-9-CM 800-959) relative al 2003 sono state 67959 (diagnosi in principale), per le ustioni 525 (ICD-9-CM tra 940-949), per le amputazioni 445 per gli arti superiori (ICD-9-CM 885-887) e 33 per gli inferiori (ICD-9-CM 895-897)(Fonte SIO 2003).

#### **4. TEMPI DI SOCCORSO NEL TRAUMA**

Nell'ambito del percorso clinico del paziente con trauma grave, per assicurare un intervento efficace che aumenti le probabilità di sopravvivenza e la qualità di vita del paziente, un trattamento adeguato e definitivo deve essere fornito nella cosiddetta "golden hour" ovvero entro 60 minuti dal momento dell'evento stesso (*Trunkey DD, 1983; Sampalis JS, 1993*).

Tale concetto fu introdotto da Cowley per caratterizzare il bisogno urgente di cure del paziente traumatizzato (*Cowley RA, 1976; Cowley RA, 1977*).

Nonostante la "golden hour" sia considerata cruciale per un migliore esito del paziente traumatizzato in quanto è il periodo in cui se corretto il debito di O<sub>2</sub> si ottiene un miglior outcome (*Dunham CM, 1991*), non esistono tuttavia forti evidenze ottenute con trial clinici randomizzati che supportino tale teoria. Esistono infatti altri fattori legati al paziente, alla gravità e al tipo di trauma che influenzano l'esito finale delle cure indipendentemente dal tempo intercorso dal momento dell'evento al primo trattamento ricevuto (*Lerner EB, 2001; Osterwalder JJ, 2002; Lerner EB, 2003*).

Il concetto di "golden hour" quindi può essere considerato, nella pratica corrente, come il più breve tempo possibile in cui si debba iniziare un trattamento adeguato e definitivo.

Il miglior modo di rispettare questo tempo ideale è che gli operatori sanitari che intervengono sia sul territorio che nel centro ospedaliero dedicato, utilizzino protocolli clinico-terapeutico-organizzativi *evidence-based* (*Mock XCN, 1998; Sturm J, 1999*).

#### **5. GESTIONE DEL PAZIENTE CRITICO - FASE PREOSPEDALIERA**

##### **5.1 Criteri di identificazione dei traumi gravi sul territorio**

Allo scopo di definirne i criteri di identificazione del trauma grave, tutte le linee guida esaminate prendono in considerazione il criterio fisiologico, anatomico e il meccanismo del trauma facendo proprie quelle riportate nel "Resource for Optimal Care of the Injured Patient" dell' American College Surgeons Committee of Trauma (ACS - COT, 1999).

Per la determinazione della gravità dell'evento traumatico vengono quindi delineati tre momenti/azioni:

1. valutazione delle funzioni vitali e del livello di coscienza;
2. ricerca e valutazione delle lesioni anatomiche;
3. valutazione del meccanismo del trauma e dei fattori di rischio aggiuntivi.

I fattori di rischio riconosciuti come causa di un aumento di morbilità e mortalità nei traumi sono: l'età <5 e >55, la presenza di malattie cardiache, le malattie respiratorie, il diabete mellito insulino-dipendente, la cirrosi epatica, l'obesità patologica, la gravidanza, il trattamento con farmaci immunosoppressori, i disordini della coagulazione, la terapia con anticoagulanti (ACS-COT, 1999; Oklahoma State Trauma Advisory Council, 1997; Clark DE, 2002; Smith JS, 1990; Cooper ME, 1995; Norcross ED, 1995; Hukkelhoven CW, 2003; Richmond TS, 2002; Horbrand F, 2003; Mina AA, 2002; Grossman MD, 2002; Baerga-Varela Y, 2000; Wison RF, 1994).

Le linee guida e gli studi osservazionali presi in considerazione, dimostrano tuttavia problematiche relative-alla sensibilità e specificità dei suddetti momenti/azioni se utilizzati singolarmente per identificare la gravità dell'evento, (in particolare quelli relativi ai meccanismi del trauma) generando una sottostima (*undertriage*) o sovrastima (*overtriage*) della gravità con conseguente inappropriato trasporto dei pazienti (ACS-COT, 1999; Trauma Advisory Council, Oklahoma State 1997; Community Health and Emergency Medical Services, Alaska State, 2002; Trauma Advisory Council, North Central Texas 1998; Scheetz L, 2003; OHIO State, State and Regional Triage Protocols for Trauma Victim, 2002).

La non corretta assegnazione della gravità dell'evento comporta conseguentemente l'invio del paziente presso livelli di cura inappropriati, come dimostrato in alcuni studi osservazionali (Kohn MA, 2004; Palanca S, 2003; Liberman M, 2003; Jacobs DG, 2001).

Tali studi dimostrano che in eventi traumatici gravi il decorso clinico del paziente può modificarsi, a volte peggiorando, anche se, ad una valutazione iniziale, si era attribuito un livello di gravità lieve, soprattutto nelle persone anziane (età > 65 anni) (Scheetz LJ, 2003; Jacobs DG, 2001).

Il problema del limite di anni per definire l'età anziana è tuttora dibattuto.

Gli studi presenti in letteratura mostrano una mancanza di uniformità riguardo la definizione di uno specifico criterio di età per la classificazione del trauma geriatrico. Esso è definito in modo variabile, ossia come trauma in età superiore o uguale a 55, 60, 65, 70, 75 e 80 anni (Jacobs DG, 2001).

Inoltre, poiché l'età è una variabile continua e non dicotomica, i risultati avversi dovuti ad un trauma è probabile che aumentino in modo continuo con l'invecchiamento e quindi non ci sia un'età specifica che costituisca un limite definito (Jacobs DG, 2001).

In conseguenza di ciò, non esiste una definizione specifica di paziente geriatrico traumatizzato e tale mancanza di uniformità rende difficile confrontare i risultati di studi epidemiologici in popolazioni diverse (*Jacobs DG, 2001*).

La necessità, tuttavia, di comparare i pazienti, con un comune criterio di gravità, soprattutto per ciò che riguarda la definizione delle probabilità di sopravvivenza con il calcolo del TRISS (Trauma Score-Injury Severity Score) nella fase di ricovero, ci obbliga alla scelta del mantenimento del limite dell'età anagrafica a 55 anni.

**Il panel**, considerando la difficoltà con cui nel momento del soccorso extraospedaliero si possa definire l'età del paziente, e che le variazioni fisiologiche comunque non sono legate all'età anagrafica bensì all'età biologica, in mancanza della conoscenza dell'età anagrafica, **consiglia** l'equipaggio di utilizzare criteri soggettivi per definire l'età apparente del paziente al di sopra dei 55 anni.

*Livello di evidenza VI, Raccomandazione di forza A.*

L'American College of Surgeons, in base alla presenza o meno di alterazioni nei momenti/azioni su indicati, prevede il trasporto diretto del paziente traumatizzato all'ospedale di livello di cure più appropriato.

La valutazione dei criteri fisiologici per la definizione della gravità, sul luogo del soccorso può essere stabilita, secondo Champion, anche attraverso un criterio oggettivo, il Revised Trauma Score (RTS).

L'RTS è infatti un sistema di classificazione fisiologico, accurato come predittore di mortalità, che si basa sulla combinazione di alcuni parametri fisiologici del paziente, rappresentati dal Glasgow Coma Scale, dalla pressione arteriosa sistolica e dalla frequenza respiratoria, come riportato nella tabella successiva (tabella 1).

**Tabella 1. Revised Trauma Score (RTS)**

<b>Glasgow Coma Scale (GCS)</b>	<b>Pressione Arteriosa Sistolica (PAS)</b>	<b>Frequenza Respiratoria (FR)</b>	<b><u>Score</u></b>
13-15	>89	10-29	4
9-12	76-89	>29	3
6-8	50-75	6-9	2
4-5	1-49	1-5	1
3	0	0	0

Il punteggio totale che, in termini statistici, è calcolato con una formula ( $RTS = 0.9368 \text{ GCS} + 0.7326 \text{ SBP} + 0.2908 \text{ RR}$ ; score 0-7,8), nell'uso corrente in fase di triage viene calcolato dalla somma dei singoli punteggi (score 0-12) (RTS triage

index). L'RTS è ben correlato con la probabilità di sopravvivenza ed uno score < 11 comporta che i pazienti debbano essere trattati in un trauma center (*Champion HR, 1989; Champion HR, 1981, ACS-COT, 1999*).

**Il panel raccomanda** che la definizione della gravità del trauma avvenga attraverso la valutazione: delle funzioni vitali, espresse anche con l'RTS, delle lesioni anatomiche, dei meccanismi del trauma, considerando anche i fattori di rischio aggiuntivi, se noti, riferiti o evidenti.

*Livello di evidenza VI, Raccomandazione di forza A.*

## 5. 2 Richiesta di intervento al Sistema di Emergenza Sanitaria 118

(Ricevimento della chiamata e *triage* telefonico - dispatch)

Nei sistemi di soccorso di emergenza sanitaria presi in esame, la richiesta di intervento viene rivolta direttamente ad una centrale operativa e codificata secondo un appropriato *triage* telefonico (dispatch) (*Askenasi R, 1984; Nemitz B, 1995; Thakore S, 2002; Palumbo L, 1996; Bailey ED, 2000; Woollard M, 2003; Wilson S, 2002; Clawson JJ, 1999*.)

L'Agenzia di Sanità Pubblica (ASP) del Lazio nel febbraio 2003 ha approvato un programma di integrazione dei protocolli di *triage* sul territorio ed in ambiente ospedaliero ("Integrazione GIPSE - S.I. Lazio Soccorso 118") derivante dall'accordo di esperti del settore dell'emergenza territoriale ed ospedaliera, sulla scorta degli indirizzi scientifici del Gruppo Formazione Triage (G FT, 2000).

In particolare in tale protocollo, reso pubblico e presentato il 6 febbraio 2003 presso l'ASP (Protocollo n. 681/ASP), i codici di *triage* vengono attribuiti, in seguito al dispatch telefonico, secondo lo schema seguente:

### 1. Codice rosso (emergenza) in caso di patologia traumatica per:

- paziente incosciente e/o che non respira e/o
- riferita ferita penetrante a carico di testa, collo, torace, addome, pelvi e/o
- amputazione di un arto e/o
- presenza di almeno uno dei fattori aggravanti (caduta da oltre 5 m, paziente incastrato, proiettato, investito, gravi danni ai veicoli, età <5 aa);

### 2. Codice giallo (urgenza) in caso di patologia traumatica viene attribuito per:

- paziente cosciente e che respira e/o
- ferita con sanguinamento e/o



- assenza dei fattori aggravanti.

Il panel ritiene che sia importante considerare fra i fattori aggravanti, oltre l'età <5 anni, anche le vittime di traumi con più di 55 anni di età apparente.

**Il panel raccomanda** che sia attribuito un codice rosso, al dispatch telefonico, se il paziente è incosciente e/o non respira e/o è riferita una ferita penetrante (testa, collo, torace, addome, pelvi) e/o è presente l'amputazione di un arto, e/o vi sia la presenza di fattori aggravanti (caduta da oltre 5 m, paziente incastrato, proiettato, investito, gravi danni ai veicoli, età<5 aa, >55 aa).

*Livello di evidenza VI, Raccomandazione di forza A.*

### 5.3 Scelta dell'invio dei mezzi di soccorso

#### 5.3.1 I mezzi di soccorso, attrezzatura e equipaggio

I mezzi di soccorso in funzione in Italia sulla base dell'attuale normativa (D.P.R. 27 marzo 1992) sono:

1. ambulanza di soccorso di base e di trasporto (tipo B ex decreto ministeriale n. 553/1987): automezzo il cui equipaggio minimo e' costituito da un autista soccorritore e da un infermiere (o soccorritore/volontario) a bordo, con preparazione idonea ad operare nel sistema dell'emergenza;
2. ambulanza di soccorso, e di soccorso avanzato (tipo A ex decreto ministeriale n. 553/1987): automezzo attrezzato per il supporto vitale, di base ed avanzato, il cui equipaggio minimo e' costituito da un autista soccorritore (ove possibile in grado di partecipare ad un intervento di emergenza sanitaria) ed un infermiere professionale con preparazione specifica verificata dal responsabile della Centrale operativa. La eventuale presenza del medico nelle ambulanze dislocate nei punti di primo intervento, e' stabilita dalla programmazione regionale;
3. automezzo di soccorso avanzato con personale medico ed infermieristico a bordo, per il trasporto delle tecnologie necessarie al supporto vitale, condotto da una delle due figure citate. Il personale medico impegnato e' indicato fra i medici assegnati alla Centrale operativa;
4. centro mobile di rianimazione (o di terapia intensiva): ambulanza attrezzata come piccolo reparto ospedaliero mobile, in cui sono previsti di norma due infermieri professionali ed un medico anestesista-rianimatore, oltre all'autista soccorritore;

5. eliambulanza: mezzo di norma integrativo delle altre forme di soccorso.

Nella regione Lazio, con la legge n. 1004, delibera C.R. 11 maggio 1994, i mezzi di soccorso sono distinti in:

- a) mezzi di soccorso semplice o primo soccorso;
- b) mezzi di soccorso avanzato (comprendenti sia centri mobili di rianimazione che altre tipologie di mezzi attrezzati);
- c) mezzi di soccorso aereo (eliambulanza).

Si può prevedere, in particolari situazioni, l'utilizzo di auto medicalizzate o di altra necessaria tipologia.

Le attrezzature sanitarie a bordo dei suddetti automezzi debbono essere conformi alla normativa vigente.

L'eliambulanza in determinate circostanze, quali necessità di un soccorso avanzato, difficoltà di accesso da parte delle autoambulanze, accessibilità del luogo, può effettuare soccorsi primari.

### 5.3.2 Dotazione dei mezzi di soccorso

La legislazione italiana relativa alla dotazione dei mezzi di soccorso (*L.R. 17 luglio 1989*) distingue le attrezzature e i materiali secondo uno schema non più ritenuto adeguato anche in funzione di disposizioni dell' "Atto di intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria, in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992" (*D.P.R. 27 marzo 1992*).

Si riportano pertanto in allegato la dotazione dei mezzi di soccorso che è in corso di approvazione a livello regionale (allegato n.4).

### 5.4 Triage sul territorio

Le codifiche per gravità (*Triage*) utilizzate dal Medical Priority Dispatch dei Sistemi di Emergenza negli USA prevedono diversi livelli di risposta; il Wisconsin EMS Medical Priority Dispatch System prevede cinque codici di gravità (ABCDE) ai quali segue comunque una risposta articolata su tre livelli (EMT basic - EMT intermediate – EMT paramedic, con competenze crescenti); anche il Pennsylvania Regional EMS Councils (2001) identifica tre modalità di intervento:

**Classe 1:** utilizzo della più vicina ambulanza BLS (Basic Life Support) e/o dell'ambulanza ALS (Advanced Life Support) con dispositivi supplementari di segnalazione attivi (luci e sirene): emergenza;

**Classe 2:** utilizzo della più vicina ambulanza BLS (Basic Life Support) con dispositivi supplementari di segnalazione attivi (luci e sirene): urgenza;

**Classe 3:** utilizzo della più vicina ambulanza BLS (Basic Life Support) senza dispositivi supplementari di segnalazione (luci e sirene): non emergenza/urgenza.

In caso quindi di intervento in classe 1 il principio che viene sottolineato è quello della rapidità di intervento rispetto a quello della idoneità del mezzo di soccorso. Altri autori preferiscono sottolineare come di principio debba essere inviata una unità di soccorso avanzato (ALS); essa tuttavia non in tutte le realtà implica la presenza del medico a bordo, ma può essere fornita di un team infermieristico esperto (*Herve C, 1984; Dick W, 1994; Brauer K, 1998; Albanese P, 1998*).

Nella regione Lazio l'equipaggio dei mezzo di soccorso BLS prevede la presenza di un infermiere professionale abilitato al posizionamento di una via venosa periferica attraverso la quale possono essere infusi fluidi.

Nella nostra realtà, la classe d'intervento 1 è riferibile al codice triage di colore rosso, la classe 2 al codice giallo e la classe 3 al verde.

In alcune circostanze confermate dall'equipaggio BLS (codice rosso in caso di trauma grave) è possibile effettuare un rendez-vous con un mezzo di soccorso avanzato: questo sarà di norma una ambulanza ALS, una auto-medica o una moto-medica, oppure una eliambulanza, quest'ultima in casi particolari e selezionati, quando cioè solo questo mezzo possa garantire o comunque portare un sensibile vantaggio all'intervento di soccorso (*DGR 1729/02, allegato 7*).

**Il panel raccomanda** l'invio di un'ambulanza ALS in caso di codice rosso.

*Livello di evidenza VI, Raccomandazione di forza A.*

**Il panel raccomanda** che in caso di codice rosso in cui l'ALS non sia disponibile o che non possa garantire per lontananza un intervento tempestivo, debba essere inviata l'ambulanza BLS più vicina con l'attivazione comunque del sistema di emergenza.

*Livello di evidenza VI, Raccomandazione di forza A.*

**Il panel raccomanda** che in caso di trauma grave, confermato dall'equipaggio BLS, questo venga supportato, in base alla disponibilità, da auto-medica, moto-medica, ambulanza ALS e, in casi selezionati, da eliambulanza.

*Livello di evidenza VI, Raccomandazione di forza A.*

### 5.5 Attività sul territorio dei mezzi di soccorso

L'obiettivo primario dell'assistenza preospedaliera al paziente con trauma grave è la stabilizzazione delle funzioni vitali. Va tuttavia tenuto in considerazione un complesso globale di priorità: la prevenzione del danno secondario (conseguenza di un ritardato trattamento di una lesione primaria); il trasporto rapido; la comunicazione delle condizioni del paziente e del trattamento effettuato all'ospedale di destinazione; l'inizio tempestivo del trattamento definitivo (*Albanese P, 1998; Linee Guida S.I.A.A.R.T.*).

Il tempo impiegato sulla scena dovrebbe essere il più breve possibile a meno che non sussistano delle circostanze che impediscano il trasporto immediato come per esempio la presenza di vittime incastrate, condizioni di pericolo non risolte, il coinvolgimento di più vittime. La comunicazione all'ospedale di destinazione dell'imminente arrivo di un traumatizzato grave deve essere effettuata prima possibile in modo da permettere la predisposizione delle risorse necessarie (Albanese P, 1998; *Community Health and EMS, Alaska State, 2001*).

**Il panel raccomanda** che il trattamento sul posto dei pazienti politraumatizzati debba essere limitato alle sole procedure salva-vita contenendo al massimo i tempi di trattamento.

*Livello di evidenza VI, Raccomandazione di forza A.*

### 5.5.1 Attività sul territorio dei mezzi di soccorso di base (BLS) con a bordo Infermiere Professionale

Le attività di soccorso sono definite solo in alcune linee guida prese in esame. Lo schema che maggiormente coniuga insieme semplicità e completezza è quello del Dipartimento del Sistema di Emergenza dello Stato dell' Alaska espresse nel Prehospital Trauma Guidelines - Community Health and EMS 2001 dell' Alaska. Qualora il mezzo che soccorre sia un BLS, il panel sulla base di queste linee guida consiglia di:

1. Accertarsi della sicurezza della scena; la prima priorità è la sicurezza dei soccorritori, se necessario, rendere sicura la scena e spostare il paziente.
2. Effettuare una ricognizione dello scenario per individuare le condizioni ambientali e la dinamica dell'incidente.
3. Utilizzare i dispositivi di protezione individuale necessari.
4. Valutare la risposta del paziente, stabilizzare manualmente la colonna vertebrale, proteggere il paziente da perdita di calore.
5. Assicurare la pervietà delle vie aeree [...].
6. Stabilizzare e mantenere la pervietà delle vie aeree proteggendo la colonna cervicale (mantenere il rachide cervicale stabilizzato in linea). Aspirare se necessario. Inserire una cannula orofaringea e nasofaringea se le vie aeree non possono essere mantenute pervie con il posizionamento (ricordare che le cannule nasofaringee sono controindicate in caso di presenza di trauma maxillo-facciale).
7. Valutare il respiro, se spontaneo, se adeguato per frequenza e profondità;

Osservare:

- Dilatazione delle narici

- Cianosi
- Respirazione rapida (tachipnea)
- Retrazioni della parete toracica
- Asimmetrie della parete toracica
- Ferite aperte o contusioni della parte toracica

Ascoltare:

- Respiro
- Rumori anomali del respiro
- Stridori che indicano ostruzione parziale delle vie aeree

Palpare alla ricerca di:

- Fratture costali
- Crepitii

8. Applicare il pulsio-ossimetro se disponibile.
9. Se il respiro non è adeguato, applicare una maschera respiratoria con reservoir ad alto flusso, concentrazione di ossigeno 100%. Controllare la distensione addominale.
10. Se il respiro è adeguato somministrare ossigeno al 100% ad alto flusso, [...].
11. Controllare la circolazione e la perfusione:
  - Controllare la presenza del polso: se assente iniziare la rianimazione cardio-polmonare
  - Controllare frequenza e qualità del polso
  - Rilevare le emorragie esterne (13. Controllare con compressione diretta od eventuali altri presidi a disposizione)
  - Controllare la pressione sanguigna
  - Osservare colore della cute, rilevare la temperatura e, soprattutto nei bambini, controllare il tempo di riempimento capillare [...].
15. Controllare lo stato di coscienza.
16. [...] applicare il collare cervicale rigido e provvedere alla immobilizzazione con i presidi appropriati.
17. Spogliare il paziente come necessario per praticare le ulteriori manovre e cercando di mantenere la temperatura corporea adeguata.

18. Iniziare il trasporto, possibilmente diretti ad un ospedale di livello adeguato (il trasporto dovrebbe iniziare non oltre i 10 minuti dall'arrivo sulla scena ove non ci siano impedimenti contingenti).
19. Bloccare le fratture delle ossa lunghe con blocca arti in dotazione.
20. Raccogliere i dati principali dell'anamnesi e completare l'esame fisico durante il trasporto se la situazione lo permette.
21. Rivalutare il paziente frequentemente durante il trasporto.
22. Contattare la Centrale Operativa per ulteriori istruzioni.

### **5.5.2 Attività sul territorio dei mezzi di soccorso avanzato (ALS) con a bordo Medico di Emergenza**

Secondo l'Emergency Medical Services Dispatch Program Guidelines, dell'Emergency Medical Services Authority California, i mezzi di soccorso avanzati devono provvedere ad instaurare un trattamento preospedaliero, che include, ma tuttavia non si limita alla rianimazione cardiopolmonare avanzata, monitoraggio cardiaco, trattamento avanzato delle vie respiratorie, terapia endovenosa, somministrazione di farmaci specifici, attuazione di procedure e tecniche specifiche.

In particolare, il Prehospital Trauma Guidelines dell'Alaska (*Community Health and EMS, Alaska State, 2001*) oltre alle attività previste per l'equipaggio BLS, specifica le attività che l'equipaggio ALS deve eseguire quando necessario:

1. Praticare l'intubazione endotracheale se le vie respiratorie non possono essere mantenute pervie con le altre manovre e se è prevedibile una assistenza ventilatoria prolungata. Dovrà essere mantenuto l'allineamento cervicale con l'aiuto di un assistente. Usare se necessario sedativi.
2. Se l'intubazione risulta difficile (trisma, resistenza), è indicato l'uso dei miorilassanti [...].
3. Se è sospettato uno pneumotorace iperteso per la dinamica dell'incidente o per l'evidenza di un severo distress respiratorio e in caso di assenza di rumori respiratori all'auscultazione, praticare una decompressione con ago di grosso calibro al secondo spazio intercostale sopra la terza costa sulla linea emiclaveare.
4. Iniziare il monitoraggio cardiaco. Trattare le aritmie cardiache.
5. Praticare un accesso venoso usando un ago di grosso calibro ed infondere soluzioni saline o soluzione di Ringer lattato. Se il paziente mostra segni di shock, utilizzare due accessi con aghi di grosso calibro. Non ritardare il trasporto per ottenere un accesso, eventualmente tentare in viaggio.
6. Controindicazioni all'uso di morfina: pazienti con ipotensione, coscienza alterata, trauma cranico, o distress respiratorio. Altrimenti seguire le procedure correnti.

Allo scopo di rendere più efficaci ed omogenei gli interventi prestatati dalle equipe di soccorso alcune società scientifiche (*Italian Resuscitation Council - IRC, National Association of Emergency Medical Technicians - NAEMT, American College of Surgeons*) hanno stilato dei protocolli operativi da seguire sul territorio in caso di trauma grave.

L'EMS del Dipartimento della Salute di Los Angeles (California) prevede le seguenti linee guida generali:

1. Il tempo massimo di trattamento concesso sulla scena in tutti i traumi è 10 minuti. Le eventuali circostanze che causano un prolungamento dell'intervento sulla scena (per es. estricazione o problemi di accesso al paziente) devono essere riportati sulla scheda del soccorso.
2. I soggetti identificati secondo protocollo come vittime di trauma grave devono essere trasportati ad un appropriato Trauma Center, considerando le priorità del paziente, il tempo di trasporto e i servizi specialistici prestatati.
3. Il team di soccorso deve allertare dell'imminente arrivo dei pazienti traumatizzati. Il Trauma Team richiede alcuni minuti per raccogliere le risorse, preparare l'equipaggiamento, assicurare che il sangue sia immediatamente disponibile ecc. Ritardi nella notifica possono compromettere il benessere e condurre a complicazioni importanti.

Nello specifico L'EMS di Los Angeles prevede in casi di trauma maggiore:

1. Assicurare la sicurezza del personale sulla scena.
2. Valutazione primaria del trauma con trattamento delle situazioni critiche:
  - A. Vie aeree: assicurare la pervietà.
    - Intubazione (orotracheale o nasotracheale) in caso di ostruzione od incapacità del paziente a mantenere le vie aeree pervie (solo se non sono evidenti frattura facciale o basilare del cranio).
    - Mantenere il rachide cervicale stabilizzato in linea.
  - B. Respiro: ossigeno a 10-15 litri/minuto. Assistere la ventilazione ed eventualmente intubare se la respirazione è inadeguata.
  - C. Circolo: controllo delle emorragie esterne severe mediante costante pressione diretta. In caso di minaccia per la vita del paziente come ultima risorsa applicare laccio emostatico.
3. Immobilizzare il paziente su tavola spinale con collare cervicale rigido ed immobilizzatori della testa.
4. Iniziare il trasporto rapido in caso di situazione di "Load and Go":
  - Ostruzione delle vie aeree non risolta
  - Trauma toracico maggiore con distress respiratorio
  - Shock

- Diminuzione del livello di coscienza
  - Arresto cardiaco o respiratorio
5. Informare il Medico di Centrale: richiedere istruzioni se necessario (gestione delle vie aeree difficile); organizzare un rendez-vous con il medico durante il trasporto in ospedale.
6. Eseguire una valutazione secondaria del trauma (da praticare durante il trasporto in caso di situazione di “Load and Go”).
7. Praticare accesso venoso con agocannule 14G o 16G;
- Se possibile praticare due accessi
  - Infondere 1000 cc in caso di tachicardia o segni di ipoperfusione e ipotensione. Rivalutare se il paziente è ancora ipoteso
  - Se non ci sono segni di ipoperfusione (no tachicardia o ipotensione), praticare 250 cc di infusione
8. Contattare il Medico di Centrale: dare informazioni riguardo:
- Gestione delle vie aeree
  - Somministrazione di liquidi
  - Utilizzazione di presidi antishock
  - Uso di analgesici
9. Rivalutare il paziente ogni 3-5 minuti e contattare la Centrale riguardo la destinazione.

### **5.6 Protocollo operativo di intervento sul territorio**

Dall'integrazione delle Linee Guida esaminate, con particolare riferimento a quelle definite dell'Italian Resuscitation Council (*Albanese P, 1998*), dalla revisione della letteratura internazionale e dall'applicazione delle norme vigenti, il panel propone il seguente iter operativo che possa guidare il comportamento degli equipaggi in caso di trauma grave (esemplificato dal relativo algoritmo).

**Il panel raccomanda** il seguente iter operativo, per la gestione preospedaliera del paziente con trauma grave.

*Livello di evidenza III-V, Raccomandazione multipla di forza B.*



## **CHIAMATA C.O. 118 - TRIAGE TELEFONICO (DISPATCH)**

Soccorso per **codice rosso** (emergenza) per **trauma** in cui viene riferito:

- Paziente incosciente e/o non respira e/o
- Ferita penetrante a carico di testa, collo, torace, addome, pelvi e/o
- Amputazione di un arto e/o
- E' presente almeno uno dei fattori aggravanti (caduta da oltre 5 m, paziente incastrato, proiettato, investito, gravi danni ai veicoli, età < 5 anni e >55 anni).

**Si invia:**

**Mezzo ALS** (Con medico Anestesista-Rianimatore o Medico-Emergenza). Utilizzo anche di mezzi speciali (Eliambulanza, Automedica, Motomedica ecc.)

**Mezzo BLS** (con Infermiere Professionale) se non disponibile o rapidamente impiegabile mezzo ALS. Il mezzo BLS può essere impiegato come primo mezzo di intervento quando per la sua disposizione sul territorio garantisce l'intervento con largo margine di anticipo rispetto al mezzo ALS. La Centrale si attiva per predisporre l'eventuale rendezvous con mezzo ALS.

Soccorso per **codice giallo** (urgenza) per **trauma** in cui viene riferito:

- paziente cosciente e che respira e/o
- ferita con sanguinamento e/o
- assenza dei fattori aggravanti.

**Si invia:**

**Mezzo BLS** (con Infermiere Professionale)

## **SOCCORSO SUL TERRITORIO**

### **⇒ Valutazione ambientale**

1. Provvedere alla sicurezza della scena:

- Protezione personale
- Valutazione del rischio evolutivo, sanitario e non sanitario
- Se la scena non è sicura si provvede a rendere accettabile il rischio, altrimenti attendere l'intervento di altri enti preposti (Polizia, Vigili del Fuoco, ecc.)

## 2. Valutazione della scena:

- Identificazione del/dei pazienti traumatizzati
- Determinazione dell'avvenimento (tipo di evento, incidente, mezzi coinvolti, persone coinvolte)
- Triage rapido dei feriti in caso di incidente coinvolgente più vittime ed in caso di presenza di codici rossi sul campo, informare della situazione la centrale operativa per richiedere altri mezzi di soccorso (anche di tipo avanzato se l'intervento è effettuato in prima istanza da mezzo BLS)

### ⇒Valutazione primaria (ABCDE)

#### **A (Airway): Coscienza, vie aeree, colonna cervicale**

1. Valutazione della coscienza: se è alterata il BLS deve chiedere il supporto ALS (per una eventuale gestione avanzata delle vie aeree, intubazione orotracheale ecc.);
2. Valutazione delle vie aeree: rendere pervie le vie aeree: tecniche manuali (sollevamento del mento, sublussazione della mandibola); utilizzo di cannula, aspiratore; in caso di difficoltà nel mantenere le vie aeree pervie chiedere il supporto ALS per una eventuale intubazione orotracheale;
3. Immobilizzazione manuale del capo e del rachide, mantenuta anche dopo il posizionamento del collare cervicale.

**Se il mezzo di soccorso è un BLS:** il paziente deve comunque essere trasportato al PS dell'ospedale più vicino se non è possibile rendezvous con mezzo ALS.

**Il panel raccomanda** che sia opportuno considerare tutti i pazienti vittime di trauma grave come possibili vittime di trauma spinale e quindi di evitare la manovra di estensione del collo.

*Livello di evidenza VI, Raccomandazione di forza E.*

Dopo aver risolto i problemi di A si passa a B.

## **B (Breathing): Respirazione e ventilazione**

Valutazione del respiro (OPACS: osserva, palpa, ausculta, conta, saturimetria):

- Se il paziente respira adeguatamente, somministrare Ossigeno ad alti flussi tramite maschera facciale oppure procedere a ventilazione assistita se  $FR < 12$  o  $> 30$ ;
- Se il paziente non respira e/o se la ventilazione assistita è inefficace o troppo prolungata, proseguire la ventilazione e richiedere mezzo ALS (intubazione orotracheale (IOT), oppure eventuale drenaggio di pneumotorace (PNX) iperteso).

**Se il mezzo di soccorso è un BLS:** il paziente deve comunque essere trasportato al PS dell'ospedale più vicino se non è possibile rendezvous con mezzo ALS.

Dopo aver risolto i problemi di B si passa a C.

## **C (Circulation): Circolazione e controllo delle emorragie**

1. Rilevazione del polso radiale e carotideo
  - Se assente praticare RCP
  - Se presente valutare qualità polso e valore pressione
2. Ricerca emorragie evidenti e comprimere i foci se presenti emorragie esterne:
  - Compressione diretta manuale
  - Applicazione di medicazione compressiva
  - Sollevamento dell'arto (se non controindicato)
  - Applicazione di laccio emostatico (ultima risorsa)
3. Esame della cute: colore, temperatura, idratazione, riempimento capillare (valutare successivamente)
4. Accesso venoso: praticare accessi venosi con agocannule di grosso calibro (16G e 14G) ed infusione di soluzioni cristalloidi (Ringer Lattato) ad alto flusso con lo scopo di mantenere i seguenti valori della pressione arteriosa sistolica (*Albanese P, 1998*):
  - circa 70 mm/Hg per trauma penetrante
  - circa 80 mm/Hg per trauma chiuso
  - circa 110 mm/Hg per trauma cranico

L'accesso venoso non deve ritardare il trasporto rapido in caso di situazione di "Load and Go" (EMS Los Angeles), soprattutto in caso di impossibilità di un precoce rendez-vous con mezzo ALS, quali:

- Ostruzione delle vie aeree non risolta
- Trauma toracico maggiore con distress respiratorio
- Shock
- Diminuzione del livello di coscienza
- Arresto cardiaco o respiratorio.

Dopo aver risolto i problemi di C si passa a D.

#### **D (Disability): valutazione del livello di coscienza (Glasgow Coma Score)**

- apertura degli occhi
- risposta verbale
- risposta motoria

#### **E (Exposure): rimozione abiti e protezione dall'ipotermia**

Valutare la temperatura corporea, rimuovere gli abiti tanto quanto sia necessario alla prima valutazione e trattamento, facendo attenzione a mantenere la temperatura corporea del paziente.

**Il panel raccomanda** l'utilizzo dei telini termici per prevenire l'ipotermia.

*Livello di evidenza VI, Raccomandazione di forza A.*

#### **⇒Valutazione secondaria**

Esame testa piedi con classificazione delle possibili lesioni (trauma chiusi e traumi penetranti) della testa, collo, torace, addome, bacino, arti.

## 5.7 Destinazione del paziente con trauma grave

Così come riconosciamo la necessità di definire la tipologia di pazienti di cui trattiamo in questo documento, allo stesso modo dobbiamo definire i livelli ospedalieri di cura in cui tali pazienti possono essere trattati.

Non esistono evidenze scientifiche basate su trials clinici randomizzati che dimostrino l'efficacia dei trattamenti per pazienti con traumi presso strutture dedicate, per cui sono state prese in considerazione linee guida e studi osservazionali. Le evidenze scientifiche derivate da studi osservazionali dimostrano come i migliori outcomes si abbiano nei pazienti trattati in ospedali o reparti in cui vi sia una alta concentrazione della stessa patologia trattata, e ciò vale a maggior ragione per i pazienti trattati in un trauma center (*Sampalis JS, 1997; Sampalis JS, 1999; Smith RF, 1990; Konvolinka CW, 1995; Nathens AB, 2001; Mann NC, 1999; Mullins RJ, 1999; Nicholl J, 1997; Cooper A, 2000; London JA, 2003*).

Le linee guida e gli studi presi in esame individuano le strutture ospedaliere dedicate alla gestione dei traumi diversificandole per livello di cure. La classificazione più utilizzata è quella dell' American College of Surgeons riportata nel "Resources for optimal care of the injured patient, 1999" che suddivide i Trauma Center in 4 livelli (con livelli differenti di specialità partendo dal livello I che è il più alto) (*ACS-COT, 1999; MacKenzie EJ, 2003*).

In Italia, la necessità di una centralizzazione dei pazienti traumatizzati con mielolesioni e/o cerebrolesioni è prevista dalle recenti linee guida approvate dal Ministero della Salute in cui viene supportata la necessità di costituire un sistema per l'assistenza ai pazienti traumatizzati, identificando come centro della rete il DEA di II livello, in grado di assicurare tutte le funzioni di alta specialità legate all'assistenza più idonea e appropriata al paziente con trauma maggiore (*Accordo tra Ministero della Salute, le regioni e le province autonome del 2002*).

Inoltre le società scientifiche italiane interessate alla cura del paziente traumatizzato hanno sottoscritto un documento comune, sottoposto al Ministro della Sanità che ha istituito una commissione ad hoc, in cui si afferma, tra l'altro, il principio della necessità della centralizzazione dei traumi gravi in strutture dedicate (*Documento Intersocietario per la creazione dei Centri per il Trauma -CT in Italia*).

Al riguardo l'Emilia Romagna, ha previsto un modello organizzativo che prevede la concentrazione della casistica più complessa in un numero limitato di centri ad alta specialità in modo tale da garantire il trattamento di volumi di attività tali da assicurare la migliore qualità dell'assistenza erogata e il migliore utilizzo delle risorse organizzative disponibili. Le prestazioni complesse, fra cui la cura delle ustioni maggiori e dei traumi gravi sono erogate presso poche strutture ospedaliere altamente specializzate (*Delibera di Giunta 1267/2002*).

In particolare, per quanto riguarda i traumi, sono stati individuati 3 sistemi integrati di assistenza ai pazienti (SIAT) in tutta la regione e per ciascuno di essi è stato definito il centro di riferimento (Ospedale Bufalini di Cesena, ospedale Maggiore di Bologna e Ospedale Maggiore di Parma) (*Delibera di Giunta 556/2000*).

Per quanto riguarda il Lazio la normativa attualmente in vigore nella regione (*Deliberazione Giunta Regionale n. 4238, del 08/07/1997, Deliberazione Consiglio Regionale n. 1004 del 11/05/1994; Deliberazione Giunta Regionale n.10930 del*

21/01/1997) ha consentito l'organizzazione di un sistema di emergenza regionale. In particolare, gli ospedali sono stati suddivisi in tre livelli:

1. ospedale sede di dipartimento di emergenza di II livello (DEA II)

2. ospedale sede di dipartimento di emergenza di I livello (DEA I)

3. ospedale sede di pronto soccorso.

La normativa di riferimento definisce come dipartimento di emergenza e accettazione il modello organizzativo multidisciplinare che comporta l'integrazione funzionale delle divisioni e servizi sanitari atti ad affrontare i problemi diagnostici e terapeutici dei cittadini in situazioni di emergenza e/o urgenza sanitaria. La distinzione in due livelli è in dipendenza delle componenti specialistiche e organizzative, e del bacino utenza.

L'ospedale sede di PS deve garantire interventi diagnostico-terapeutici di urgenza, primo accertamento diagnostico, clinico, strumentale e di laboratorio, interventi per stabilizzare le condizioni del paziente critico, garantendo, se necessario, il trasporto protetto verso il dipartimento di emergenza di afferenza.

Secondo le evidenze finora enunciate non è possibile individuare correttamente le strutture regionali, che da un punto di vista organizzativo corrispondano ai livelli di cura dei Trauma Center americani.

Tuttavia, per come è strutturato il nostro sistema e per il dato oggettivo che i DEA di II livello sono i livelli massimi possibili per il trattamento del trauma, consideriamo il Dipartimento Emergenza Accettazione II livello (DEA II) paragonabile al Trauma Center I livello (terziario), il Dipartimento Emergenza Accettazione I livello (DEA I) al Trauma Center II livello (secondario), il Pronto Soccorso al Trauma Center III (primario) e IV livello.

In accordo, quindi, con la letteratura e con le linee guide internazionali, è consigliabile che i pazienti identificati come traumi maggiori vengano indirizzati direttamente verso gli ospedali con un idoneo livello di cure.

È fondamentale quindi che i pazienti con traumi gravi seguano un percorso che sia diverso da quello di altre patologie critiche, introducendo il concetto di "bypass", con il quale s'intende il trasporto intenzionale del paziente, con caratteristiche che corrispondono ad alcuni criteri di triage, dal luogo del soccorso alla struttura più appropriata, che non è necessariamente l'ospedale più vicino (*DGR 1729/02, allegato 7*).

Secondo il field triage decision scheme dell'ACS, il paziente va inviato al livello di cura adeguato, come riportato nello schema "Triage sul territorio-ACS" (Allegato n.5).

**Si ipotizzano, quindi, tre scenari che possono comportare un invio diversificato del paziente nelle strutture idonee:**

**1° scenario:** In caso di parametri vitali non alterati, assenza di lesioni anatomiche, assenza di meccanismi traumatici ad alta energia e assenza di fattori di rischio, il paziente va inviato al PS più vicino.

**2° scenario:** In caso di parametri vitali alterati (GCS<14, PAS< 90, FR <10 o >29, RTS <11) se il paziente è soccorso da un mezzo ALS e monitorizzato, va inviato al DEA idoneo; se è soccorso da un mezzo BLS va inviato al PS più vicino per la stabilizzazione delle funzioni vitali e successivamente trasferito al DEA idoneo.

**3° scenario:**

a) In caso di assenza di alterazioni dello stato di coscienza o di alterazione di parametri vitali, ma in presenza di lesioni anatomiche, di meccanismi di impatto ad alta energia e/o di fattori di rischio aggravanti, il paziente va inviato al DEA idoneo.

b) In assenza di lesioni anatomiche gravi, valutare i meccanismi del trauma ed i fattori di rischio:

b<sub>1</sub>) se presenti il paziente va inviato al DEA di riferimento territoriale,

b<sub>2</sub>) se assenti, il paziente può essere trasportato al più vicino ospedale dotato di PS (vedere scenario 1).

L'idoneità della struttura ospedaliera è data dalla capacità strutturale e funzionale dell'ospedale di fornire le cure necessarie a risolvere i problemi acuti di salute del paziente.

**Il panel raccomanda** che la decisione sulla destinazione del paziente sia presa considerando la gravità clinica e la eventuale necessità di cura specialistica del paziente e se ha raggiunto una idonea stabilizzazione; deve essere inoltre valutata la capacità strutturale e funzionale dell'ospedale di riferimento e le difficoltà contingenti al raggiungimento dello stesso.

È fondamentale informare l'ospedale di destinazione.

La responsabilità finale della decisione è comunque dell'equipaggio di soccorso, ma deve esser condivisa con il medico della CO 118.

*Livello di evidenza VI, Raccomandazione di forza A.*

**Nella destinazione considerare:**

**Se il mezzo di soccorso è un BLS:** il paziente deve comunque essere trasportato al PS dell'ospedale più vicino se non è possibile rendezvous con mezzo ALS;

**Se il mezzo di soccorso è un ALS:** il paziente deve essere trasportato all'ospedale più idoneo sede di DEA I o DEA II se indicato (come definito negli scenari ipotizzati).

**Il panel raccomanda** che per i traumi gravi che avvengono nelle province di LT, FR, RI, VT, l'ospedale di riferimento sia il DEA I provinciale, per Roma e provincia l'ospedale di riferimento sia il DEA idoneo.

Per i traumi gravi che vengono soccorsi, primariamente, da eliambulanza, l'ospedale di riferimento sia il DEA II più idoneo ed accessibile.

*Livello di evidenza VI, Raccomandazione di forza A.*

### **5.8 Modalità di trasporto primario**

Durante il trasporto deve essere effettuato:

- il monitoraggio e il mantenimento dei parametri vitali (FR, FC, PA, GCS, Saturazione O<sub>2</sub>);
- l'immobilizzazione con collare cervicale, cuscini blocca-testa e tavola spinale, utilizzando mezzi accessori per gli arti;
- l'utilizzo di telini termici per il mantenimento della temperatura corporea;
- la comunicazione con l'ospedale di destinazione.

### **5.9 Allegati Tecnici**

Allegato n.1 - Algoritmo Percorso clinico assistenziale nell'emergenza per il paziente con trauma grave

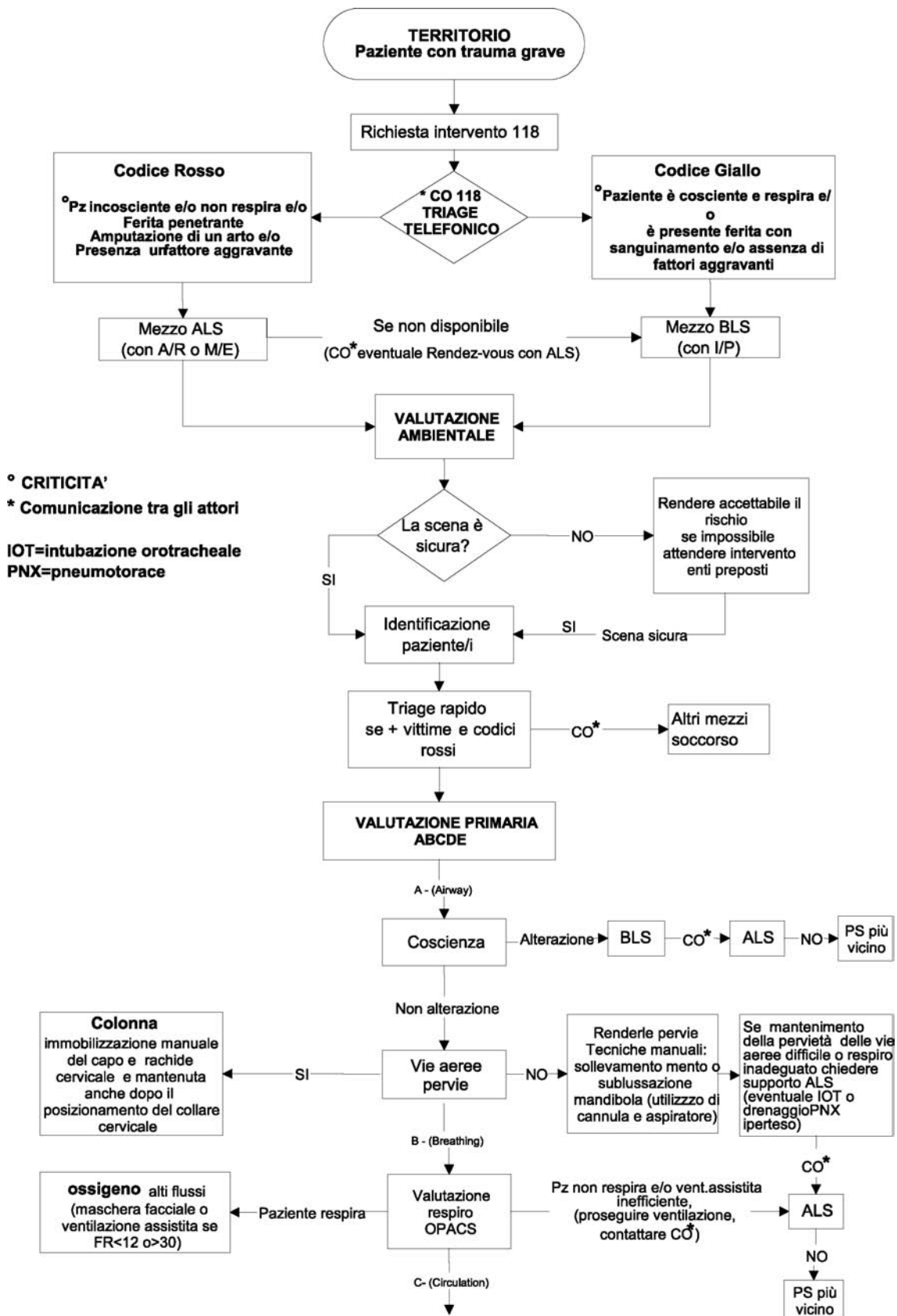
Allegato n.2 - Ustioni

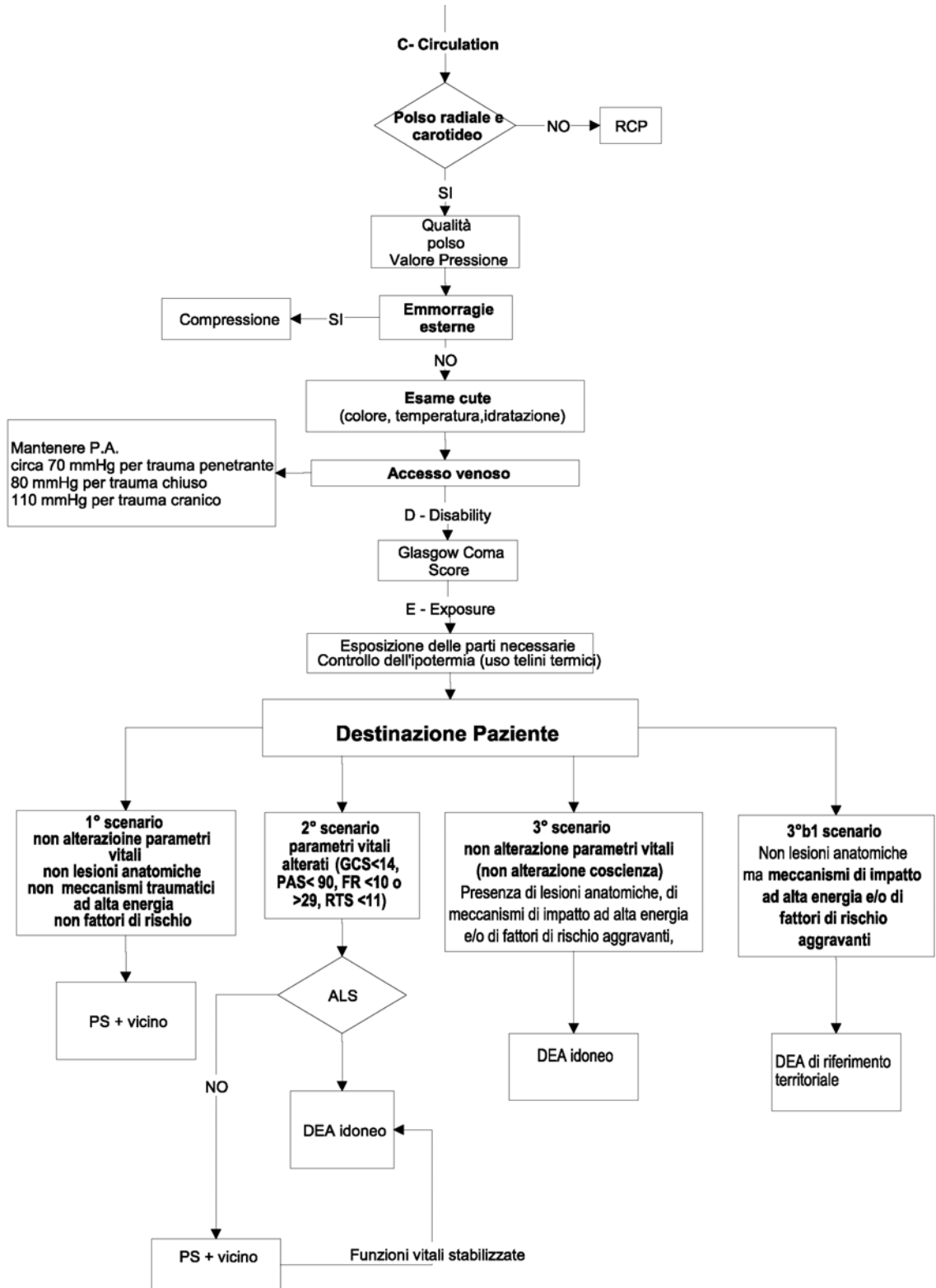
Allegato n.3 - Traumi degli arti

Allegato n.4 - Dotazione farmacologia e strumentale dei mezzi di soccorso

## **Allegato n.1 – Algoritmo PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE NELL' EMERGENZA PER IL PAZIENTE CON TRAUMA GRAVE**







## Allegato 2 – USTIONI

Il paziente che è rimasto coinvolto in un incendio è spesso portatore di patologie diverse: l'ustione, l'insufficienza respiratoria dovuta all'inalazione di fumi caldi, traumi dovuti spesso a crolli o a tentativi di sfuggire al fuoco. Per questa ragione l'intervento sul luogo dovrà prendere necessariamente in considerazione tutte queste eventualità e quindi il comportamento dei soccorritori dovrà seguire le priorità dell'ABCDE.

Da ciò si evince che devono essere prese in considerazione tre tipologie di pazienti con ustione:

1. paziente che, coinvolto in un incendio, presenti un'insufficienza respiratoria dovuta a qualsiasi causa (edema laringeo, intossicazione da CO, traumi maxillo-facciali, lesioni del torace, ecc) in cui non sia possibile o sicura la stabilizzazione sul campo;
2. paziente che, coinvolto in un incendio, presenti oltre alle lesioni da ustione, lesioni gravi dovute a traumi;
3. paziente che, coinvolto in un incendio, presenti esclusivamente lesioni da ustione senza coinvolgimento delle vie aeree.

Nel soccorso del paziente coinvolto in un incendio, per quanto riguarda il mantenimento della **pervietà delle vie aeree**, l'ACS-COT invita a porre attenzione ai segni indiretti di inalazione come ustione di ciglia sopracciglia e vibrisse nasali, tatuaggio del volto, sputo carbonaceo, stridore laringeo (*Advanced Trauma Life Support- ATLS*) (ACS – COT 1999).

In questi casi si deve provvedere al più presto al mantenimento della pervietà delle vie aeree tramite intubazione endotracheale. Se vi è una chiara indicazione alla preparazione chirurgica della via respiratoria per impossibilità all'intubazione dovrà essere presa in considerazione la cricotireotomia anche se il collo è ustionato (*Demling R H, 2004*). Cupera, nel suo lavoro del 2002 sulla qualità del trattamento preospedaliero dei pazienti ustionati, ha sottolineato come l'inadeguato trattamento della via respiratoria sia stato il più frequente errore di trattamento nella gestione preospedaliera del paziente ustionato (*Cupera J, 2002; Mannova J, 2002*).

**Il panel raccomanda** che per il paziente coinvolto in un incendio con compromissione presente o con segni di inalazione di fumi si provveda al più presto alla stabilizzazione delle vie aeree ove necessario anche tramite intubazione endotracheale.

*Livello di evidenza VI, Raccomandazione di forza A.*

**La funzione ventilatoria** dovrà essere valutata come per un traumatizzato non ustionato; il tipo di ustione che può incidere sulla funzione respiratoria è l'ustione circonferenziale del tronco che può portare all'insufficienza respiratoria per costrizione. Per questo tipo di lesione le linee guida "Initial management of burn patient" (*Demling R H, 2004*) suggeriscono di ricorrere all'intubazione endotracheale e ad escarotomia. Qualora si riscontrino questi problemi e non si

sia certi di aver raggiunto un'ideale stabilizzazione, in riferimento alla raccomandazione del PCAE del trauma grave (paragrafo 5.7 pagina 62) il paziente dovrà essere trasportato all'ospedale più vicino che, per capacità strutturale e funzionale, consenta il raggiungimento della stabilizzazione.

**Il panel raccomanda** che per il paziente coinvolto in un incendio con ustioni circonferenziali del tronco e insufficienza respiratoria per costrizione si ricorra all'intubazione endotracheale e all'escarotomia nel più breve tempo possibile.

*Livello di evidenza VI, Raccomandazione di forza A.*

L'approccio iniziale ad un paziente che coinvolto in un incendio presenti oltre alle lesioni da ustione, **lesioni gravi dovute a traumi**, segue le stesse linee guida del paziente traumatizzato secondo lo schema proposto dall'ACS-COT dell'ABCDE.

Il paziente che coinvolto in un incendio presenti esclusivamente lesioni da ustione senza coinvolgimento delle vie aeree dovrà essere valutato, trattato e trasferito nell'ideale livello di cura secondo i principi della gravità.

I criteri di gravità delle ustioni secondo la classificazione dell' American Burn Association, sono: 1) estensione, 2) profondità e 3) localizzazione dell'ustione (*American Burn Association, 1984*).

#### 1) Estensione

Per quanto riguarda l'estensione la definizione più comune è data dalla "regola del 9" che per la facile valutazione sul campo diventa preminente (*Grant HD, 1996*).

In un soggetto adulto, ognuna delle seguenti aree rappresenta circa il 9% della superficie corporea: la testa e il collo, le estremità superiori, il torace, l'addome, la parte superiore della schiena, la parte inferiore della schiena e le natiche, la parte anteriore di ogni arto inferiore, la parte posteriore di ogni arto inferiore; il restante 1% è attribuito alla regione genitale.

Le percentuali variano nei bambini e nei neonati per i quali alla testa e collo viene attribuito il 18%, a ciascun arto superiore il 9%, al torace e all'addome il 18%, all'intera schiena il 18%, a ciascun arto inferiore il 13,5% e alla regione genitale l'1% (*Grant HD, 1996*). La somma dei punteggi determina la percentuale di estensione dell'ustione.

#### 2) Profondità

La definizione della profondità è rappresentata generalmente da quattro livelli: I grado, II grado superficiale, II grado profondo e III grado. Nelle ustioni di I grado è interessata solo l'epidermide, in quelle di II grado superficiale anche la parte superficiale del derma, in quelle di II grado profondo tutto il derma, ed infine in quelle di III grado tutti gli strati della cute (*Grant HD, 1996*).

Le European Practice Guidelines for Burn Care del 2002 modificano parzialmente questa classificazione. Il I grado viene definito: ustione epidermica; il II grado: ustione superficiale a spessore parziale; il III grado: ustione profonda a spessore parziale, ustione profonda a spessore totale e ustione profonda a spessore totale +.

Quindi definiscono: Ustione epidermica: presenza di eritema, con cute intatta, ustione superficiale a spessore parziale: coinvolge l'epidermide e parte del derma papillare; ustione profonda a spessore parziale: interessa l'epidermide, tutto il

derma papillare fino al derma reticolare; ustione profonda a spessore totale: interessa tutto lo spessore della cute con possibile estensione al tessuto sottocutaneo; ustione profonda a spessore totale+: oltre a tutta la cute sono interessate le strutture profonde, muscolari e ossee (*European Practice Guidelines for Burn Care 2002*).

### **3) Localizzazione**

Le aree corporee che se colpite definiscono l'ustione come grave sono: mani, faccia, occhi, orecchie, piedi, genitali, perineo e articolazioni maggiori (*Demling R H, 2004*).

E' facilmente comprensibile come in questo caso siano colpite aree di trattamento specialistico e compromesse funzioni importanti come quella di relazione (*Demling R H, 2004*).

Le associazioni per la gestione del trauma e dell'ustione concordano sulla necessità di avviare i pazienti ustionati gravi a centri specialistici ed hanno identificato i criteri per il trasferimento sulla base delle definizioni di gravità.

Anche uno studio osservazionale italiano del 2002 conferma la necessità di un tempestivo trattamento di questi pazienti in un centro adeguato al fine di correggere e prevenire gli squilibri elettrolitici (*La Banca G, 2002*).

L'American Burn Association e l'American College of Surgeons hanno identificato i seguenti tipi di ustioni che richiedono invio ad un centro ustioni (*Hospital and prehospital resources for optimal care of patients with burn injury, 1990, ACS-COT 1999*) e raccomandano di inviare a un centro ustioni tutti quei pazienti che rientrano in tali criteri:

- 1) Ustioni di II o III grado che interessano più del 10% della superficie corporea in pazienti con età minore di 10 anni o maggiore di 50 anni.
- 2) Ustioni di II o III grado che interessano più del 20% della superficie corporea in tutti i gruppi d'età.
- 3) Ustioni di III grado che interessano più del 5% della superficie corporea in tutti i gruppi di età.
- 4) Ustioni di II o III grado che coinvolgono la faccia, gli occhi, le orecchie, le mani, i piedi, gli organi genitali, o il perineo o quelli che coinvolgono le articolazioni maggiori.
- 5) Ustioni elettriche, compreso folgorazioni.
- 6) Ustioni chimiche significative.
- 7) Inalazione di fumo.
- 8) Ustioni in pazienti con malattia preesistente che potrebbe complicare la degenza, prolungare il recupero, o influenzare la mortalità.
- 9) La concomitanza con un trauma comporta un aumentato rischio di mortalità; il paziente può essere trattato inizialmente in un trauma center fino alla stabilizzazione e successivamente può essere trasferito in un centro ustioni.
- 10) Bambini ustionati visitati in ospedali senza personale o attrezzature qualificati per la loro cura dovrebbero essere trasferiti ad un centro ustioni con queste possibilità.
- 11) Pazienti che richiederanno un supporto sociale o riabilitazione di lunga durata, compreso i casi di sospetto abuso nei bambini.

**Il panel raccomanda** che il paziente coinvolto in un incendio con le seguenti caratteristiche possa essere trasportato dal territorio direttamente al centro ustioni regionale:

- 1) Ustioni di II o III grado che interessano più del 10% della superficie corporea in pazienti con età <10 anni o > 50 anni.
- 2) Ustioni di II o III grado che interessano più del 20% della superficie corporea in tutti i gruppi d'età.
- 3) Ustioni di III grado che interessano più del 5% della superficie corporea in tutti i gruppi di età.
- 4) Ustioni di II o III grado che coinvolgono la faccia, gli occhi, le orecchie, le mani, i piedi, gli organi genitali, o il perineo o quelli che coinvolgono le articolazioni maggiori.

*Livello di evidenza VI, Raccomandazione di forza A.*

Le European Practice Guidelines for Burn Care (*European Practice Guidelines for Burn Care del 2002*) indica come obiettivo della rianimazione dello shock da ustione la neutralizzazione dell'ipovolemia durante le prime 24-48 ore dal trauma per cui:

- Pazienti ustionati che necessitano del trattamento dello shock da ustione devono sempre essere trasferiti ad un centro ustioni;
- Il trattamento dello shock è necessario se la % di superficie ustionata eccede:
  - 5-10% nei bambini;
  - 15% negli adulti;
  - 10% negli anziani (con più di 65 anni di età)

Il paziente ustionato, al contrario del politrauma grave con perdita attiva di sangue, sviluppa uno shock o un'ostruzione delle vie respiratorie nei primi trenta minuti dall'ustione (*Demling RH 2004*). Anche se viene somministrato ossigeno sulla scena per trattare l'intossicazione da CO due sono le opzioni possibili:

- 1) trasferire il paziente ustionato grave ad un centro ustioni entro 30 minuti;
- 2) trasferire il paziente ustionato grave all'ospedale più vicino per iniziare il trattamento e trasferirlo a ad un centro ustioni in un momento successivo.

**Il panel raccomanda** che il paziente ustionato grave venga trasportato dal mezzo di soccorso all'ospedale più vicino se il centro ustioni (Ospedale S. Eugenio) non è raggiungibile in un lasso di tempo di trenta minuti dal momento dell'ustione.

*Livello di evidenza VI, Raccomandazione di forza A.*

### **Interventi sul territorio.**

Le diverse linee guida e studi concordano sul trattamento iniziale delle ustioni maggiori. La linea guida che è stata considerata dal panel come di maggior riferimento è quella della American Burn Association e l'American College of Surgeons. Alcune differenze non particolarmente significative vengono comunque riportate (*Demling RH; 2004*).

Il primo provvedimento nel soccorso all'ustionato è la valutazione della sicurezza ambientale assieme a quei provvedimenti che consentono di estinguere le fiamme, ancora eventualmente presenti, e di trasportare il ferito in zona

sicura. In ambienti chiusi con rischi di intossicazione da CO va garantito il ricambio di aria. Particolare attenzione va posta per le lesioni da folgorazione; in questo caso la garanzia dell'interruzione dell'erogazione dell'energia elettrica dovrà essere ottenuta prima di qualsiasi manovra.

### **Ustioni maggiori: management iniziale**

#### 1) Bloccare il processo di ustione

- Versare Acqua sui vestiti caldi
  - Bloccare il raffreddamento dell'ustione se il paziente diventa freddo e presenta brividi (per evitare l'ipotermia)
  - Rimuovere tutti i gioielli, cinture o altro materiale costrittivo dalle aree ustionate e dal collo della vittima (*Centers for Disease Control and Prevention, Injury Prevention, 2004*)
- Rimuovere vestiti e versare Acqua corrente sulle ustioni chimiche
  - Se data da polveri chimiche cercare di spazzolarle via prima di far scorrere l'acqua

L'Università del Queensland raccomanda che le zone ustionate vengano irrorate da acqua fresca corrente per un tempo di 10 minuti mentre le ustioni chimiche per 20 minuti. Raccomanda inoltre di non applicare ghiaccio sull'ustione né lozioni o creme.

#### 2) Assicurare una adeguata ossigenazione e ventilazione

- Fornire ossigeno a tutti i pazienti ustionati al fine di trattare l'inalazione di monossido di carbonio
- Considerare l'intubazione endotracheale precoce in caso di inalazione di fumi.

#### 3) Circolazione

- Infondere soluzioni di cristalloidi isotonici (Ringer lattato). Il picco di perdita di volume di plasma avviene nelle prime 4-6 ore e lo si deve sia all'istaurarsi dell'edema che all'estensione dell'ustione. Per questa ragione il reintegro dei fluidi deve essere iniziato al più presto e seguirà poi, per le prime 24 ore, la formula di 4 cc per % di superficie corporea ustionata per il peso corporeo del paziente. La metà del quantitativo di liquidi dovuti dovrà essere somministrata nelle prime 8 ore (*Demling, RH, 2004; ATLS*)
- Rimuovere il materiale costrittivo ove non sia stato già fatto
- Considerare la necessità di una escarotomia in caso di ustioni circonfenziali.

#### 4) Identificare eventuali altre lesioni traumatiche

#### 5) La lesione da ustione è da considerare come ultima priorità

**Il panel raccomanda** che il management iniziale delle ustioni maggiori segua lo schema:

- 1) Bloccare il processo di ustione
  - Versare Acqua sui vestiti caldi
    - Bloccare il raffreddamento dell'ustione se il paziente diventa freddo e presenta brividi
    - Rimuovere tutti i gioielli, cinture o altro materiale costringitivo dalle aree ustionate e di collo della vittima
  - Rimuovere vestiti e Versare Acqua corrente sulle ustioni chimiche
    - Se data da polveri chimiche cercare di spazzolarle via prima di far scorrere l'acqua
    - Le zone ustionate vengano irrorate da acqua fresca corrente per un tempo di 10 minuti
    - Le ustioni chimiche vengano irrorate da acqua fresca corrente per 20 minuti
    - Non applicare ghiaccio sull'ustione ne lozioni o creme.
- 2) Assicurare una adeguata ossigenazione e ventilazione
  - Fornire ossigeno a tutti i pazienti ustionati al fine di trattare l'inalazione di monossido di carbonio
  - Considerare l'intubazione endotracheale precoce in caso di inalazione di fumi.
- 6) Circolazione
  - Infondere soluzioni di cristalloidi isotonici (Ringer lattato)
  - Rimuovere il materiale costringitivo ove non sia stato già fatto
  - Considerare la necessità di una escarotomia in caso di ustioni circonferenziali.
- 7) Identificare eventuali altre lesioni traumatiche
- 8) La lesione da ustione è da considerare come ultima priorità

*Livello di evidenza VI, Raccomandazione di forza A.*

## **Folgorazioni**

Le ustioni da elettricità sono causate da una fonte di energia elettrica che viene a contatto con il corpo del paziente. Sono spesso molto più gravi di quello che appare sulla superficie. Il corpo funge da conduttore a resistenza dell'energia elettrica e il calore generato causa la lesione termica del tessuto (ATLS). Il meccanismo patogenetico determina quindi aspetti diversi che necessitano quindi di approcci diversificati nel tempo.

La valutazione iniziale, se presente, seguirà il principio dell'ABCDE, tuttavia la problematica più importante che si dovrà affrontare se presente, sarà l'arresto cardiorespiratorio che dovrà essere affrontato con le tecniche di rianimazione cardiopolmonare. Al tempo stesso, onde prevenire l'insufficienza renale acuta si interverrà con una somministrazione intensiva di cristalloidi utilizzando una via periferica di un arto non coinvolto.



Considerare che la scarica elettrica può aver determinato direttamente o indirettamente lesioni traumatiche che devono essere ricercate secondo lo schema del trauma (ATLS).

**Il panel raccomanda** che per il paziente folgorato la valutazione iniziale segua lo schema dell'ABCDE; in caso: di arresto cardiorespiratorio si esegua la RCP e una somministrazione intensiva di cristalloidi (via periferica di un arto non coinvolto).

*Livello di evidenza VI, Raccomandazione di forza A.*

**Il panel raccomanda** che per il paziente folgorato si valuti la possibilità di lesioni traumatiche coesistenti:

*Livello di evidenza VI, Raccomandazione di forza A.*

### Allegato 3 – TRAUMA DEGLI ARTI

Il trauma degli arti, con pericolo di amputazione, ha nella letteratura internazionale una grande rilevanza legata alla identificazione del problema ed alla necessità di trasferimento diretto verso un centro di livello superiore (*ACS-COT, 1999; Oklahoma State Trauma Advisory Council, 1997; Community Health and Emergency Medical Services, Alaska State 2002; Injury Advisory Committee, South West Sydney 2001; NJ Department of Health & Senior Services, State of New Jersey; Doyle JR, 1989 Ostrup LT, 1986; Gallico GG 3rd, 1983*).

Le Linee Guida del Southeastern Regional Advisory Committee (SERAC) indicano come necessità di ricovero in un Trauma Center le lesioni delle estremità caratterizzate da ischemia, lesioni maggiori da schiacciamento, gravi fratture aperte, fratture articolari complesse, amputazioni traumatiche (*Southeastern Regional Advisory Committee*).

Le Linee Guida dell'Emergency Medical Service dell'Illinois e del New Jersey sottolineano l'importanza del raggiungimento immediato di un Ospedale che possa eventualmente eseguire un reimpianto, soprattutto nei pazienti pediatrici (*Illinois Emergency Medical Services for Children; NJ Department of Health & Senior Services, State of New Jersey*).

Rinker, nel suo lavoro di valutazione completa delle problematiche legate ai reimpianti, afferma che la decisione di un reimpianto debba essere individuale, legata cioè al giudizio del chirurgo in relazione alla possibilità di un buon risultato e che debbano essere considerati inoltre gli esiti favorevoli sui reimpianti riportati in letteratura (tabella 1). Sulla base di queste valutazioni, comunque, la decisione dovrà essere presa insieme al paziente (*Rinker B, 2004*).

Tabella 1- Successi nel reimpianto delle dita.

Chirurgo	Numero Reimpianti	Successi %
Chen (1975)	320	54
Weiland (1997)	86	39
Tamai (1978)	102	86
Urbaniak (1979)	107	82
Hamilton (1980)	83	65
Kleineret (1980)	243	49

La Federazione Europea delle Società di Chirurgia della mano (FESSH) nella First European Consensus Conference on replantation and trasplantation at the upper limb di Modena (1999) ha verificato che spesso lesioni altamente invalidanti come le amputazioni, le sub-amputazioni e le lesioni causanti impotenza funzionale grave non vengono trattate nelle sedi opportune o non vengono trattate affatto (*Landi A, 1999*).

Il **panel raccomanda**, sulla base di queste considerazioni, che tutti i pazienti con amputazioni di estremità debbano essere trasportati in centri in cui esistano le capacità tecniche e professionali per tentare il reimpianto.

*Livello di evidenza VI, Raccomandazione di forza A.*

Ai fini del riferimento corretto del paziente la Federazione Europea delle Società di Chirurgia della mano (FESSH) definisce in maniera più dettagliata le lesioni che necessitano di un trattamento specialistico ed indica, quindi, tre categorie di patologie traumatiche degli arti:

1. Amputazioni d'arto (prossimali e distali);
2. Traumi degli arti non amputanti, ma con lesioni vascolari tali da compromettere la sopravvivenza dell'arto (prossimali e distali);
3. Traumi degli arti, semplici o complessi, senza rischio per la vascolarizzazione (prossimali e distali).

La dizione di prossimale o distale indica il livello della sede del trauma; in particolare, per l'arto superiore, il riferimento è l'articolazione del gomito, per l'arto inferiore l'articolazione del ginocchio.

Ai fini della definizione della destinazione di un paziente, con un trauma complesso dell'arto da effettuare sul luogo del trauma, a parte le considerazioni generali sul trauma, la FESSH consiglia che lesioni a bassa complessità riconducibili, cioè, a tutta la patologia traumatica minore della mano (lesioni cutanee, tendinee e capsulo-legamentoise, fratture chiuse etc.) vengano curate in centri di primo livello, mentre, i traumi gravi ad alta complessità, come quelli che interessano più di tre tessuti con particolare riguardo alle rivascolarizzazioni e reimpianti, vengano trattati in centri di secondo livello.

**Il Panel raccomanda**, considerando che attualmente è in via di revisione l'identificazione, a livello regionale, dei centri specialistici accreditati SICM e CUMI (Coordinamento Urgenze Mano Italiano), che il trattamento delle lesioni dell'arto superiore sia sempre di pertinenza delle strutture di Chirurgia della Mano ufficialmente riconosciute (presenti negli atti aziendali ed identificate in ambito regionale).

*Livello di evidenza VI, Raccomandazione di forza A.*

In particolare,

- 1) Il trattamento delle amputazioni (reimpianto) sia sempre di pertinenza dei Centri di Chirurgia della Mano, o dei DEA di II livello essendo indispensabile un intervento multispecialistico.
- 2) I traumi ischemizzanti (con algia cutanea, pallore, assenza di polso periferico, assenza di sanguinamento a valle della lesione), vista la complessità della lesione e delle strutture anatomiche interessate siano comunque di pertinenza dei Centri di Chirurgia della Mano o dei DEA di II livello; ma possano anche essere avviati ai DEA di I livello, se presente un Centro di Chirurgia della Mano o una struttura di Chirurgia Vascolare.
- 3) I traumi non ischemizzanti vengano indirizzati anche ai DEA di I livello per la valutazione delle lesioni, la stabilizzazione del paziente e l'eventuale trasferimento presso i centri specialistici per il trattamento definitivo, qualora questo non venga ritenuto possibile in quella sede.

Quanto definito è riportato nella tabella di seguito (tabella 2).

Tabella 2- Schema per il riferimento dei pazienti con lesioni traumatiche degli arti

<b>Amputazioni</b>	Centri di Chirurgia della Mano	DEA II	
<b>Traumi ischemizzanti</b>	Centri di Chirurgia della Mano	DEA II	
<b>Traumi ischemizzanti (in alternativa)</b>	DEA I Con Chirurgia Vascolare	Centri di Chirurgia della Mano	Se no chirurgia vascolare DEA II
<b>Traumi non ischemizzanti</b>	DEA I	Centri di Chirurgia della Mano	

**Il panel raccomanda**, considerata l'esistenza della Consensus Conference Europea svolta a Modena nel 1999 che ha sviluppato delle linee guida di consenso sui reimpianti dell'arto superiore, e peraltro unica esistente, il protocollo da osservare sul luogo del trauma, come rappresentato di seguito:

#### **Protocollo di intervento per i traumi degli arti.**

1. Bloccare l'eventuale emorragia in modo atraumatico;
2. Evitare lacci emostatici, legature o clampaggi dei vasi;
3. Evitare l'uso di tinture e sostanze disinfettanti;
4. Utilizzare per l'emostasi un bendaggio elasto-compressivo e l'elevazione dell'arto;
5. Utilizzare eventualmente un bracciale pneumatico da utilizzare per non più di 60'
6. Se non dovuta a lesione vascolare grave, cercare di eliminare la causa dell'ischemia;
7. Immobilizzare l'arto con valva gessata o stecca rigida;
8. Coprire le lesioni con garze sterili umide (soluzione fisiologica);
9. Mantenere in ipotermia (+4°) il moncone o il segmento sub-amputato con sacche di Criogel od acqua e ghiaccio (evitare il contatto diretto);
10. Conservare i segmenti amputati, avvolti in garze sterili in un sacchetto di plastica ben chiuso ed immerso in un contenitore con soluzione di acqua e ghiaccio (+4°);
11. Iniziare profilassi antibiotica;
12. Somministrare un antidolorifico;
13. Controllare sempre le condizioni generali ed i parametri vitali del paziente;
14. Allertare il Centro od il DEA di riferimento.

Tale protocollo viene riportato nella figura seguente (figura A).

Se il paziente fosse stato trasportato in un DEA o P.S. non idoneo al trattamento adeguato della lesione, in base alle suddivisioni di patologia precedentemente indicate, il protocollo ai fini del trasferimento nella sede idonea dovrà essere uguale a quello suggerito per il primo intervento.

Figura A – Protocollo di intervento sul territorio per i traumi degli arti (Fonte: *Linee Guida di consenso sui reimpianti a livello dell'arto superiore. Edizione Italiana a cura della Società Italiana Chirurgia della Mano 1999*).

<p><b>AMPUTAZIONE</b> <i>Primo soccorso, Conservazione e Trasporto</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arrestare il sanguinamento con strumenti atraumatici</li> <li>• Evitare disinfettanti</li> <li>• Utilizzare bendaggi elastici compressivi ed elevare l'arto.</li> <li>• Refrigerazione (+4°C) del segmento amputato</li> </ul>	 <p>Avvolgere il segmento amputato in garze sterili imbevute di soluzione fisiologica. Mettere il tutto in un contenitore di plastica idrorepellente e posizionare il sacchetto in un contenitore con ghiaccio (+ 4°).</p>	<p>Evitare il contatto diretto tra il segmento amputato ed il ghiaccio. Temperatura ideale: 4°C</p>
<p><b>SUB-AMPUTAZIONI</b> <i>Primo soccorso e Trasporto</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arrestare il sanguinamento con strumenti atraumatici</li> <li>• Utilizzare lacci solo in caso di sanguinamenti inarrestabili: segnare l'ora di applicazione e limitarla ad 1 ora.</li> <li>• Evitare disinfettanti.</li> <li>• Immobilizzare l'avambraccio in una ortesi rigida.</li> <li>• Applicare un bendaggio elastico compressivo.</li> <li>• Arto elevato in scarico.</li> <li>• Refrigerare solo i segmenti ischemici</li> </ul>		 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitare bande emostatiche!</li> <li>- Evitare traumatismi diretti ai fasci vascolari con legature o clamps!</li> <li>- Arrestare il sanguinamento con bendaggi elastici locali ed elevazione dell'arto.</li> </ul> <p>Se necessario applicare il laccio per un massimo di 60 minuti</p>
 <p><b>SOS EMERGENZA MANO</b> Numero di emergenza locale</p> <p>▼</p> <p>Num. di emerg. Provinciale <b>118</b></p> <p>▼</p> <p>Numero verde Nazionale dedicato <b>800848088</b></p>	<p><u>Informazioni base da comunicare all'equipe microchirurgica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Età, sesso, professione</li> <li>• Stato di salute generale</li> <li>• Lesioni associate</li> <li>• Sede, Livello, Dominanza</li> <li>• Meccanismo del trauma</li> <li>• Tempo di Ischemia</li> <li>• Condizioni locali del segmento amputato</li> <li>• Presenza di agenti contaminanti</li> <li>• Tempo di trasporto previsto</li> <li>• Esami ematochimici, Ecg etc.</li> </ul>	 <p><b>Tempi limite per i reimpianti</b> <i>(con corretta conservazione)</i></p> <p>~10 ore per macro-segmenti <i>(contenenti masse muscolari)</i></p> <p>~ 24 ore per micro-segmenti <i>(dita)</i></p>

## **Allegato n.4 DOTAZIONE FARMACOLOGICA E STRUMENTALE MEZZI DI SOCCORSO**

(Requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni alla realizzazione e all'esercizio delle attività sanitarie per strutture sanitarie e sociosanitarie – proposta di deliberazione Regione Lazio)

### *Dotazione ambulanza*

#### *Ambulanza di trasporto*

Devono essere presenti:

- Bombola di ossigeno più riserva (a norma del D.M. 3 gennaio 1990)
- Barella principale (possibilmente autocaricante)
- Barella atraumatica a cucchiaio
- Pallone autoespansibile di rianimazione (con maschere facciali a tre misure). Set di medicazione
- Biancheria monouso
- Telo porta infermi con maniglie
- Padella e pappagallo
- Estintore da 3 Kg
- Set di indumenti di protezione per trasporto infettivi
- Clinical box per raccolta temporanea rifiuti sanitari
- Defibrillatore semi-automatico
- Tavola spinale lunga

#### *Ambulanza di soccorso di base*

Devono essere previste:

- Bombola di ossigeno più riserva (a norma del D.M. 3 gennaio 1990)
- Barella principale autocaricante
- Barella atraumatica a cucchiaio e/o tavola spinale lunga con cinghie di contenzione e sistema di immobilizzazione del capo e del tronco
- Pallone autoespansibile di rianimazione (con maschere facciali a tre misure)
- Set di medicazione
- Set di medicazioni speciali per ustionati
- Biancheria monouso
- Telo porta infermi con maniglie
- Padella e pappagallo
- Aspiratore portatile a batteria e sondini
- Set di collari cervicali rigidi con accesso tracheale
- Steccobende a depressione o rigide per arti inferiori o superiori
- Sfigmomanometro e fonendoscopio
- Cannule di Guedel (tre misure)

- Set di ventimasck
- Set per incanalamento vene periferiche
- Soluzioni per reintegro volemia ( cristalloidi in sacche PVC o simili da 500 e 1000 ml- colloidali in sacche in PVC o simili da 500 ml)
- Set di indumenti di protezione per trasporto infettivi
- Faro di ricerca fisso o portatile
- Sedia portantina
- Forbici taglia abiti e multiuso
- Set da scasso per incidenti stradali
- Clinical box per raccolta temporanea rifiuti sanitari
- Telo porta infermi con maniglie
- Set di lacci emostatici arteriosi e venosi
- Estintore da 3 Kg
- Defibrillatore semiautomatico

*Ambulanza di soccorso avanzato, di soccorso avanzato di base ed eliambulanza*

E' presente la seguente dotazione:

- Barella principale autocaricante con cinghie di contenzione posizionata su un piano traslabile sul senso orizzontale (con possibilità di posizionamenti di Trendelenburg e anti-Trendelenburg e piano carico ad altezza variabile)
- Barella atraumatica a cucchiaio, con cinghie di contenzione e sistema di immobilizzazione del capo e del tronco
- Tavola spinale lunga con cinghie di contenzione e sistema di immobilizzazione del capo e del tronco
- Trauma estricatore (mod. Ked o similari)
- Ventilatore polmonare automatico asportabile con modulazione adulti/bambini, con fonte autonoma di alimentazione, sia elettrica che con ossigeno (bombola da 2,5 lt/minimo e bombola di scorta)
- Monitor defibrillatore portatile con registratore e stimolatore esterno, a funzionamento manuale e con sistema di alimentazione sia a 12 v che a 220v e batterie ricaricabili (presenza di modulo semi automatico), possibilità di monitoraggio attività cardiaca tramite ECG a 12 derivazioni
- Spremi sacca (almeno 2)
- Aspiratore per secreti, portatile, utilizzabile anche per uso pediatrico e con batterie ricaricabili a funzionamento sia a 12v che a 220 v
- Pompa a siringa per infusioni funzionante sia a 12 che a 220 v
- Impianto ossigenoterapia centralizzato con almeno 2 prese di ossigeno in vano sanitario e 2 gorgogliatori
- Sigmomanometro aneroido e fonendoscopio con alloggiamento a parete
- Steccodende in almeno tre misure, rigide o a depressione
- Set completo di collari cervicali rigidi con accesso tracheale
- Pallone rianimatore manuale per adulti e pediatrico (con maschere e cannule oro-faringee) e sacco a reservoir (materiale autoclavabile in silicone)
- Saturimetro/pulsiossimetro portatile singolo o modulare con sensore rigido e predisposizione per monouso (per dita) e sensore per orecchio
- Forbice di soccorso modello Robin o similare



- Faro orientabile interno e impianto di illuminazione interno a lampade fluorescenti
- Presa elettrica a 220 v esterna con adeguato collegamento interno per la carica di tutte le attrezzature sanitarie
- Adeguato numero di prese elettriche di 12 v nel vano sanitario
- Adeguati contenitori a parete per posizionamento del materiale farmacologico di scorta
- N. 2 zaini di primo soccorso atti a contenere le dotazioni farmacologiche con interni a scomparti staccabili, atti alla preparazione di set. Intubazione-ventilazione-medicazione-incanalamento-infusione-chirurgico (2 primari e 2 di scorta)
- N.1 otoscopio
- Laringoscopio a tre lame e mandrino
- Faro di ricerca fisso o portatile
- Torce di illuminazione a batteria portatili (minimo 2)
- Segnalatori a luce rossa e arancione intermittenti portatili (minimo 2)
- Caschi di protezione per l'equipaggio (n.4 di colore bianco)
- Frigorifero riscaldatore per contenimento farmaci
- Sacchetti di nylon sterili e ghiaccio istantaneo
- Termometro epitimpanico
- Clinical box per raccolta temporanea rifiuti sanitari
- Set di indumenti di protezione per trasporto infettivi
- Set da scasso per incidenti stradali
- Telo porta infermi con maniglie

#### **Mezzo di soccorso avanzato su autovettura**

Sono presenti:

- Aspiratore portatile
- Cateteri vescicali e sondini naso-gastrici
- Monitor-defibrillatore portatile
- Farmaci essenziali
- Set chirurgici
- Set per medicazioni
- Set per ustionati
- Sfigmomanometro
- Materiale di base necessario per la gestione di base e avanzata delle vie aeree e del circolo nell'adulto e nel bambino
- Pulsiossimetro
- Ventilatore
- Monitor multifunzioni
- Frigorifero riscaldatore per contenimento farmaci
- Ossigeno portatile

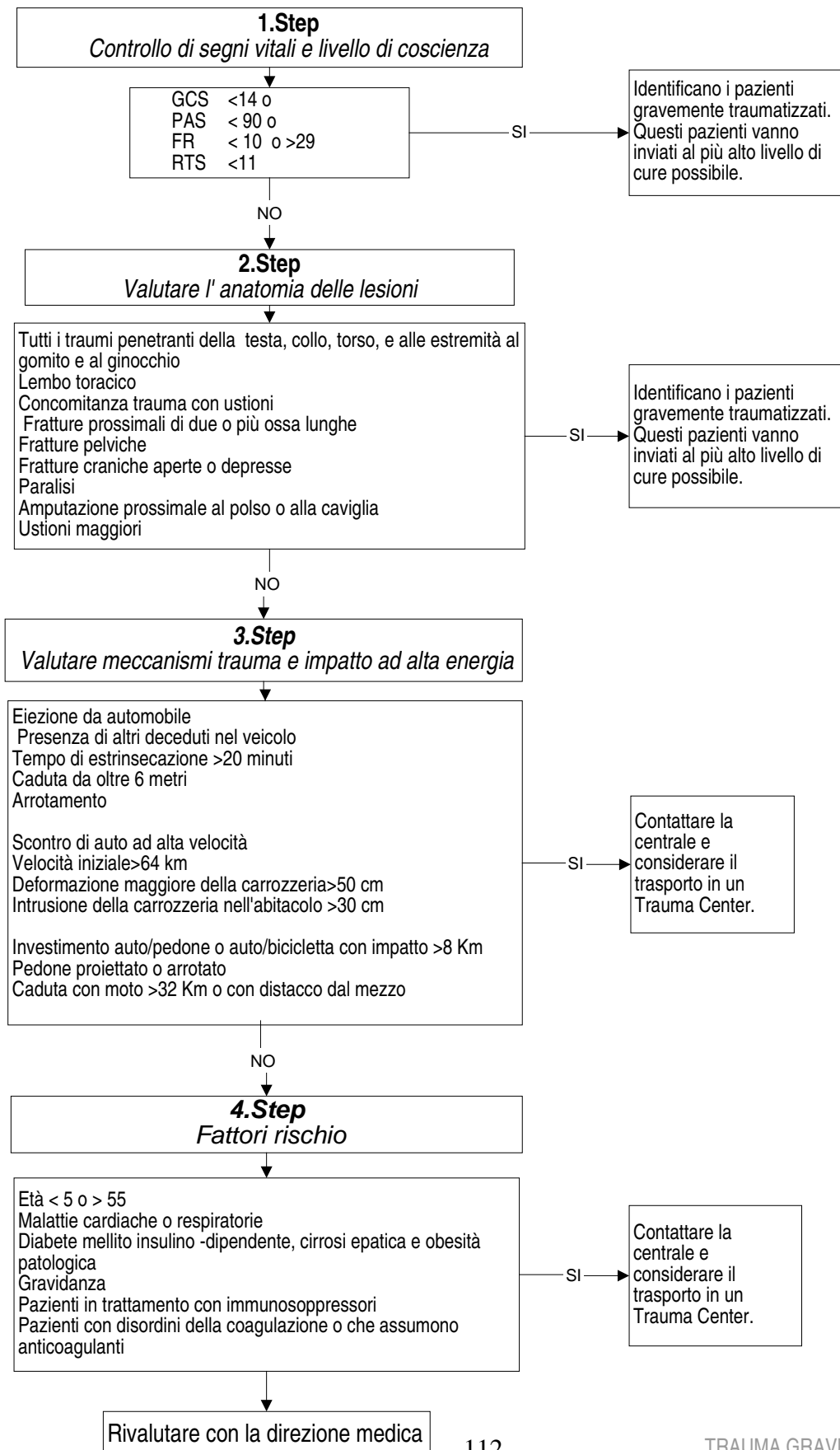
Attrezzature tecniche:

- Estintore da 3 kg
- Faro di ricerca fisso e torcia portatile

I requisiti tecnici di detto materiale devono corrispondere a quelli indicati per i mezzi di soccorso avanzato.

**Allegato n. 5 - TRIAGE SUL TERRITORIO – American College of Surgeons.**

Approccio al paziente traumatizzato



## Bibliografia

Abbot D, Brauer K, Hutton K, Rosen P. Aggressive out-of-hospital treatment regimen for severe closed head injury in patients undergoing air medical transport *Air Med J* 1998;17(3):94-100.

Accordo tra Ministero della Salute, le regioni e le province autonome del 4/04/2002 "Linee guida per l'organizzazione di un sistema integrato di assistenza ai pazienti traumatizzati con mielolesioni e/o cerebrolesioni";. *Gazzetta Ufficiale N. 146 del 24/06/2002*.

Albanese P, Cattarossi A, Diani A, Filippetto C, Nardi G, Polato T, Raffin L, Sanson G. LG Italian Resuscitation Council. *Prehospital Trauma Care* 1998.

American Burn Association: Guidelines for service standards and severity classification in the treatment of burn injury. *Am Coll Surg Bull* 69: 24, 1984.

American Burn Association: Hospital and prehospital resources for optimal care of patients with burn injury: Guidelines for Development and Operation of Burn Centres. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 1990, 11:98-104.

American College of Emergency Physicians Equipment for Ambulances. Website: <http://www.acep.org>

American College of Surgeons Committee on Trauma (ACS-COT). Resource for optimal care of the injured patient 1999.

American College of Surgeons Committee on Trauma. Injury Prevention. In: <http://www.facs.org/trauma/injmenu.html>.

Oklahoma State Trauma Advisory Council. Triage, transport and Transfer Guidelines 1997.

Askenasi R, Flamand JP. Organization of an emergency medical service: 15 years' experience in Brussels *Ata Chir Belg.* 1984;84(3):153-6.

Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992 - *Gazzetta Ufficiale N. 114 Serie Generale del 17 maggio 1996*.

Baerga-Varela Y, Zietlow SP, Bannon MP, Harmsen WS, Ilstrup DM. Trauma in pregnancy. *Mayo Clin Proc.* 2000 Dec;75(12):1243-8.

Bailey ED, O'Connor RE, Ross RW. The use of emergency medical dispatch protocols to reduce the number of inappropriate scene responses made by advanced life support personnel. *Prehosp Emerg Care* 2000;4(2):186-9.

Baldry Currens JA. Evaluation of disability and handicap following injury *Injury* 2000;31(2):99-106.

Bunn F, Kwan I, Roberts I, Wentz R. Effectiveness of pre-hospital trauma care. Prepared by the Cochrane Injuries Group for the World Health Organisation 2001. In the Cochrane Library <http://www.cochrane-injuries.lshtm.ac.uk>.

Cameron P, Dziukas L, Hadj A, Clark P, Hooper S. Major Trauma in Australia: A Regional Analysis. *Journal of Trauma* 1995;39(3):545-552.

CDC. Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS). U.S. Department of Health and Human Services, CDC, National Center for Injury Prevention and Control, 2002. Available at <http://www.cdc.gov/ncipc/wisqars>.

Center of Disease Control, Injury Prevention, 2004. In: <http://www.bt.cdc.gov/masstrauma/burns>.

Champion HR et al, "A Revision of the Trauma Score", *J Trauma* 1989;29:623-629.

Champion HR et al, "Trauma Score", *Crit Care Med* 1981;9:672-676.

Christenszen EF, Melchiorsen H, Kilsmark J, Foldspang A, Sogaard J. Anesthesiologists in prehospital care make a difference to certain groups of patients. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2003;47(2):146-52.

Clark DE, Ryan LM. Concurrent prediction of hospital mortality and length of stay from risk factors on admission. *Health Serv Res* 2002;37(3):631-45.

Clawson JJ, Sinclair B: "Medical Miranda" - Improved emergency medical dispatch information from police officers. *Prehospital and Disaster Medicine* 1999;14(2):93-96.

Community Health and Emergency Medical Services, Division of Public Health, Department of Public and Social Services, State Alaska. Trauma Triage, transport & transfer Guidelines 2002.

Community Health and EMS. State Alaska. Prehospital Trauma Guidelines 2001. In: <http://www.acep.org/policy/PO4000192.htm>.

Cooke RS, McNicholl BP, Byrnes DP. Use of the Injury Severity Score in head injury. *Injury* 1995;26(6):399-400.

Cooper A, Hannan EL, Bessey PQ, Farrell LS, Cayten CG, Mottley L. An examination of the volume-mortality relationship for New York State trauma centers. *J Trauma* 2000 Jan;48(1):16-23.

Cooper ME, Yarbrough DR, Zone-Smith L, Byrne TK, Norcross ED. Application of field triage guidelines by pre-hospital personnel: is mechanism of injury a valid guideline for patient triage? *Am Surg* 1995;61(4):363-7.

Cowley RA. A new concept for the delivery of critical care. *J Med Soc N Jersey* 1977;74:979-86.

Cowley RA. The resuscitation and stabilization of major multiple trauma patients in a trauma center environment. *Clin Med* 1976;83:14-22.

Cupera J, Mannova J, Rihova H, Brychta P, Cundrle I. Quality of prehospital management of patients with burn injuries--a retrospective study. *Acta Chir Plast.* 2002;44(2):59-62.

Delibera C.R. 11 maggio 1994, n. 1004. Sistema di emergenza sanitaria Lazio Soccorso 118. Pubblicata nel B.U. 30 luglio 1994, n. 21.

Delibera di Giunta 1267/2002 "Attuazione del Piano sanitario regionale, in particolare sul modello Hub & Spoke per le alte specialità".

Delibera di Giunta 556/2000 "Il ruolo della rete ospedaliera regionale. Approvazione di linee guida per l'attuazione del Piano sanitario regionale 1999-2001".

Deliberazione Consiglio Regionale n. 1004 del 11/05/1994, BUR Lazio n.21 parte I del 30/07/1994.

Deliberazione Giunta regionale n. 10930 del 21/01/1997, estratto processo verbale seduta Giunta Regionale del Lazio del 27/12/1996.

Deliberazione Giunta Regionale n. 4238, del 08/07/1997, BUR Lazio n. 25 parte I del 10/09/1997.

Demling RH, De Santi L, Orgill DP. Initial Management of Burn Injured Patient. In: <http://www.burnsurgery.org>

Di Bartolomeo S, Sanson G, Michelutto V, Nardi G, Burba I, Francescutti C, Lattuada L, Scian F. Epidemiology of major injury in the population of Friuli Venezia Giulia-Italy. *Injury.* 2004;35(4):391-400.

Dick W. Structure, organization and capacity problems in emergency medical services, emergency admission and intensive care units. *Zentralbl Chir* 1994; 119(10):673-82

Dick WF, Baskett PJ. Recommendations for uniform reporting of data following major trauma--the Utstein style. A report of a working party of the International Trauma Anaesthesia and Critical Care Society (ITACCS). *Resuscitation.* 1999;42(2):81-100.

Dickinson K, Roberts I. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(2):CD001856. Medical anti-shock trousers (pneumatic anti-shock garments) for circulatory support in patients with trauma.

Disciplina del servizio di trasporto infermi da parte di istituti, organizzazioni e associazioni private" L.R. 17 luglio 1989, n.49, Gazzetta Ufficiale N. 21 del 1/08/89.

Documento Intersocietario per la creazione dei Centri per il Trauma (CT) in Italia. In: <http://w3.uniroma1.it/cups/>.

Doyle JR, Seitz WH Jr, McBride M. Replantation. *Hand Clin.* 1989 ;5(3):415-21.



LAZIOSANITÀ - AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA

Dresing, Stürmer. Guideline Committee of the German Registered Society for Trauma Surgery 2002. Electronic publication: AWMF online <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/012-019.htm>.

**Dunham CM, Siegel JH, Weireter L, Fabian M, Goodarzi S, Guadalupi P, Gettings L, Linberg SE, Vary TC.** Oxygen debt and metabolic acidemia as quantitative predictors of mortality and the severity of the ischemic insult in hemorrhagic shock. *Crit Care Med.* 1991;19(2):231-43).

European Practice Guidelines for Burn Care del 2002 Based by the Copenhagen EBA meeting, September. In: <http://www.euroburn.nl/documents/GuidelinesEBA2003>.

Gallico GG 3rd, Stirrat CR. Extremity replantation. *Surg Annu.* 1983;15:229-60.

Grant HD, Murray R, Bergeron JD. Pronto soccorso e interventi di emergenza, Edizione italiana McGraw-Hill 1996.

Grossman MD, Miller D, Scaff DW, Arcona S When is an elder old? Effect of preexisting conditions on mortality in geriatric trauma. *J Trauma.* 2002;52(2):242-6.

Gruppo formazione triage. Triage Infermieristico. MC GRAW-HILL 2000.

Guidelines for prehospital management of traumatic brain injury. Brain Trauma Foundation. Guidelines for prehospital management of traumatic brain injury. New York (NY): Brain Trauma Foundation; 2000.

Herve C. Emergency medical care in France *Acta Anaest Belg,* 1984;35.

Horbrand F, Schrank C, Henckel-Donnersmarck G, Muhlbauer W. Integration of preexisting diseases and risk factors in the Abbreviated Burn Severity Index (ABSI). *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther.* 2003;38(3):151-7.

Hukkelhoven CW, Steyerberg EW, Rampen AJ, Farace E, Habbema JD, Marshall LF, Murray GD, Maas AI. Patient age and outcome following severe traumatic brain injury: an analysis of 5600 patients. *J Neurosurg* 2003;99(4):666-73.

Illinois Emergency Medical Services for Children. In: <http://www.luhs.org/depts/emsc/stdndrd-transfer.htm>.

Injury Advisory Committee. Better Practice Guidelines. Inter – Hospital Trauma Transfers - In South West Sydney Area Health Service 2001.

Injury Advisory Committee. Better Practice Guidelines. Inter – Hospital Trauma Transfers - In South West Sydney Area Health Service 2001.

Jacobs DG, Plaisier BR, Barie PS, Hammond J S, Holevar M R, Sinclair KE, Scalea T M, Wahl W. EAST Practice Management Guidelines Work Group. Practice Management Guidelines For Geriatric Trauma 2001. In: <http://www.east.org/tpg/geriatric.pdf>

Joint Report from The Royal College of Surgeons of England and the British Orthopaedic Association. Better Care for the Severely Injured 2000.

Kohn MA, Hammel JM, Bretz SW, Stangby A. Trauma team activation criteria as predictors of patient disposition from the emergency department. *Acad Emerg Med* 2004 Jan;11(1):1-9.

Konvolinka CW, Copes WS, Sacco WJ. Institution and per-surgeon volume versus survival outcome in Pennsylvania's trauma centers. *Am J Surg* 1995;170(4):333-40.

La Banca G, Bedini C, Bocchi G et al. Poster Convegno SIMEU; "Correzione e/o prevenzione degli squilibri idroelettrolitici – plasmatici nei gravi ustionati in un DEA di I livello", 2002.

Landi A, Elliot D, Leti Acciaro A, Della Rosa N. Linee Guida di consenso sui reimpianti a livello dell'arto superiore. Edizione Italiana a cura della Società Italiana Chirurgia della Mano 1999).

Lerner EB, Billittier AJ, Dorn JM, Wu YW. Total out-of-hospital time a significant predictor of trauma patient mortality? *Acad Emerg Med* 2003 ;10(9):949-54.

Lerner EB, Moscati RM. The golden hour: scientific fact or medical "urban legend"? *Acad Emerg Med* 2001;8(7):758-60.

Liberman M, Mulder D, Lavoie A, Denis R, Sampalis JS. Multicenter Canadian study of prehospital trauma care. *Ann Surg.* 2003 Feb;237(2):153-60.

Liberman M, Mulder DS, Sampalis JS. Increasing volume of patient at level I trauma centers: is there a need for triage modification in elderly patients with injuries of low severity? *Can J Surg* 2003; 46 (6):446-52.

Linee guida per il trasporto del paziente critico (DGR 458/2002). In [www.asplazio.it](http://www.asplazio.it)

Linee Guida per l'organizzazione dei servizi sanitari con elicottero" Protocollo sul trasferimento interospedaliero del paziente critico in emergenza in continuità di soccorso, DGR 1729/02, allegato 7.

London JA, Battistella FD. Is there a relationship between trauma center volume and mortality? *J Trauma* 2003;54(1):16-24.

M. Berardino, L. Beretta, G.L. Brambilla, G. Citerio, D. D'Avella, R. Delfini, F. Dellacorte, F. Procaccio, F. Servadei, N. Stocchetti, G. Tomei. Raccomandazioni per il trattamento del grave Traumatizzato Cranico adulto. Linee Guida Siaarti (Società Italiana Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva) In: <http://anestit.unipa.it/siaarti/crafram.htm>.

Mackenzie EJ, Hoyt DB, Sacra JC, Jurkovich GJ, Carlini AR, Teitelbaum SD, Teter H. National Inventory of Hospital Trauma Centers. *JAMA* 2003; 289:1515-1522.

Mackenzie EJ, Shapiro S, Moody M, Siegel JH, Smith RT. Predicting post trauma functional disability for individuals without severe brain injury. *Med Care* 1986;24(5):377-87.



Malcynski J T, Hoff W S; Reilly P M Gracias VH Gupta R, Gandhi RR Razeq T, Sullivan D J, Frankel H L, Schwab CW. Practice Management Guidelines For Trauma Patients: Where's The Evidence? *The Internet Journal of Emergency and Intensive Care Medicine*.

Mann NC, Mullins RJ, MacKenzie EJ, Jurkovich GJ, Mock CN. Systematic review of published evidence regarding trauma system effectiveness. *J Trauma* 1999;47(3 Suppl):S25-33.

Mannova J, Cupera J, Rihova H, Brychta P, Cundrle I. The most frequent problems in the initial stage of burn management . *Acta Chir Plast*. 2002;44(2):63-5.

Mina AA, Knipfer JF, Park DY, Bair HA, Howells GA, Bendick PJ. Intracranial complications of preinjury anticoagulation in trauma patients with head injury. *J Trauma* 2002;53(4):668-72.

Mock XCN, Jurkovich GJ, nii-Amon-Kotei D et al. "Trauma mortality patterns in three nations at different economic levels: implications for global trauma system development" *J Trauma* 1998; 44: 804-812

Mullins RJ, Mann NC. Population-based research assessing the effectiveness of trauma systems. *J Trauma*. 1999;47(3 Suppl):S59-66.

Nathens AB, Jurkovich GJ, Mainer RV, Grossman DC, MacKenzie EJ, Moore M, Rivara FP. Relationship between Trauma Center Volume and Outcomes. *JAMA* 2001; 285:1164-117.

Nemitz B. Advantages and limitations of medical dispatching: the French view. *Eur J Emerg Med* 1995;2(3):153-9.

Nicholl Jon, Turner J. Effectiveness of regional trauma system in reducing mortality from major trauma: before and after study. *BMJ* 1997; 315:1349-1354.

NJ Department of health & Senior Services, Office of Emergency Medical Services Trauma Triage Protocol. State of New Jersey. In: <http://www.state.nj.us/health/ems/adlttrig.htm>

Norcross ED, Ford DW, Cooper ME, Zone-Smith L, Byrne TK, Yarbrough DR 3<sup>rd</sup> . Application of American College of Surgeons' field triage guidelines by pre-hospital personnel. *J Am Coll Surg* 1995; 181(6): 539-44.

North central Texas trauma advisory Colucil- trauma triage protocol 1998, Oklahoma, triage transport and transfer guidelines 1997.

Oestern HJ, Regel G : "Allgemeine Aspekte" , in Tscherne H und Regel G (Hrsg): *Unfallchirurgie Traumamanagement* , Berlin 1997 , 225-238.

OHIO State. State and regional triage protocols for trauma victim 2002.

Oklahoma State. Trauma Advisory Council. Oklahoma Triage, transport and Transfer Guidelines 1997. In: <http://www.health.state.ok.us/program/ems/traumaguide5.pdf>

Osterwalder JJ. Can the "golden hour of shock" safely be extended in blunt polytrauma patients? Prospective cohort study at a level I hospital in eastern Switzerland. *Prehospital Disaster Med* 2002;17(2):75-80.

Ostrup LT, Vilkki SK. Reconstructive microsurgery--a review. *Acta Orthop Scand*. 1986;57(5):395-401.

Palanca S, Taylor DM, Bailey M, Cameron PA. Mechanisms of motor vehicle accidents that predict major injury. *Emerg Med (Fremantle)*. 2003;15(5-6):423-8.

Palumbo L, Kubincanek J, Emerman C, Jouriles N, Cydulka R, Shade B. Performance of a system to determine EMS dispatch priorities. *Am J Emerg Med* 1996;14(4):388-90.

Richmond TS, Kauder D, Strumpf N, Meredith T. Characteristics and outcomes of serious traumatic injury in older adults. *Am Geriatr Soc* 2002;50(2):215-22.

Rinker B, Vasconez HC, Mentzer RM Jr. Replantation: past, present, and future. *J Ky Med Assoc*. 2004;102(6):247-53).

Rutledge R, Fakhry S, Rutherford E, Muakkassa F, Meyer A. Comparison of APACHE II, Trauma Score, and Injury Severity Score as predictors of outcome in critically injured trauma patients. *Am J Surg* 1993;166(3):244-7.

Sampalis JS, Denis R, Frechette P, Brown R, Fleiszer D, Mulder D. Direct transport to tertiary trauma centers versus transfer from lower level facilities: impact on mortality and morbidity among patients with major trauma. *J Trauma* 1997;43(2):288-95.

Sampalis JS, Denis R, Lavoie A, Frechette P, Boukas S, Nikolis A, Benoit D, Fleiszer D, Brown R, Churchill-Smith M, Mulder D. Trauma care regionalization: a process-outcome evaluation. *J Trauma* 1999;46(4):565-79.

Sampalis JS, Lavoie A, Williams JI, Mulder DS, Kalina M. Impact of on-site care, prehospital time, and level of in-hospital care on survival in severely injured patients. *J Trauma* 1993;34(2):252-61.

Scheetz LJ. Effectiveness of prehospital trauma triage guidelines for the identification of major trauma in elderly motor vehicle crash victims. *J Emerg Nurs* 2003;29(2):109-15.

Smith JS, Bartholomew MJ. Trauma index revisited: a better triage tool. *Crit Care Med* 1990;18(2):174-80.

Smith RF, Frateschi L, Sloan EP, Campbell L, Krieg R, Edwards LC, Barrett JA. The impact of volume on outcome in seriously injured trauma patients: two years' experience of the Chicago Trauma System. *J Trauma* 1990;30(9):1066-75.

Southeastern Regional Advisory Committee (SERAC) Interfacility Transfer Guideline.  
In: <http://www.nhnh.org/documents/SERAC/SERAC%20Policy%20Proposal.pdf>

*Sturm J. Multiple trauma and the management structure. Zentralbl Chir 1999;124(11):1030-5.*

*Thakore S, McGugan EA, Morrison W. Emergency ambulance dispatch: is there a case for triage? J R Soc Med 2002;95(3):126-9.*

*Trunkey DD: Trauma. Sci Am 1983; 28:249.*

*Wilson S, Cooke M, Morrell R, Bridge P, Allan T; Emergency Medicine Research Group (EMeRG). A systematic review of the evidence supporting the use of priority dispatch of emergency ambulances. Prehosp Emerg Care 2002;6(1):42-9.*

*Wison RF. Trauma in patients with pre-existing cardiac disease. Crit Care Clin 1994;10(3): 461-506.*

*Woollard M . Emergency calls not requiring an urgent ambulance response: expert consensus. Prehosp Emerg Care 2003;7(3):384-91.*

*Ziegenfuß T. Polytrauma: Präklinische Erstversorgung und Schockraummanagement. Anaesthesist 1998;47:415-431*

## **Linee guida**

*American College of Surgeons Committee on Trauma. Resource for optimal care of the injured patient 1999.*

Basic Life support field protocols for EMT-B Trained Personnel. Department of health – health services quality assurance division. Office of emergency medical and trauma prevention. Washington State, 2000.

*Better Practice Guidelines. Inter – Hospital Trauma Transfers - In South West Sydney Area Health Service 2001.*

Critical trauma patient criteria and triage decision scheme. San Francisco Emergency medical Services Section 2004.

*EAST Practice Management Guidelines Work Group. Practice Management Guidelines for the Evaluation of Blunt Abdominal Trauma 2001.*

General Medical Emergencies Triage Guidelines. Arizona Emergency Medical System 2000.

Guideline for implementation of the Australasian triage scale in emergency departments. American College For Emergency Medicine 2000.

Guidelines in Multiple Injured patients. The approach of the german trauma registry.

*Joint Report from The Royal College of Surgeons of England and the British Orthopaedic Association. Better Care for the Severely Injured 2000.*

*LG IRC- Prehospital Trauma Care- Approccio e trattamento pre-ospedaliero al traumatizzato- Albanese P, Cattarossi A, Diani A, Filippetto C, Nardi G, Polato T, Rafin L, Sanson G 1998.*

*London Severe Injury Working Group. Draft Overview and Recommendations. October 2000.*

Mid Carolina Trauma RAC. Trauma Guideline 2000.

Prehospital Trauma Guidelines Section of Community Health and EMS, Division of Public Health, Department of Health and Social Services. Alaska 2001.

Prehospital trauma life support 5 edition. Prehospital trauma life support committee of the national association of emergency medical technicians in cooperation with the Committee on trauma of the American college of surgeons 2002.

Protocol EMT Massachusetts 2003. Section of Community Health and EMS, Division of Public Health, Department of Health and Social Services.

Prehospital Trauma Guidelines. Statement on managed care and the trauma system. American College of Surgeons 1990.

The shocking truth about road trauma. Australian academy of sciences 2002.

Trauma Field Triage and Transport Protocols Region 1. Region 1 Physician Advisory board Tri-State Trauma Coalition State on Ohio EMS Board.

Trauma system. Marin County EMS Office 2001 BLS Treatment Guidelines-Procedures authorized for EMT-I.

Personnel. Marin County Office 2003 ALS Procedures. Marin County Office 2003.

Trauma Triage criteria. Health Services Agency. San Mateo County. 2002.

Trauma triage protocol. North Central Texas Trauma Regional Advisory Council 1998.

Trauma triage, transport & transfer guidelines. Section of Community Health and EMS, Division of Public Health, Department of Health and Social Services. Alaska 2002.

Triage and transport subcommittee meeting minutes. Trauma Core Work Group. Minnesota department of Health 2002.

Review of trauma and Emergency Services 1999. Final Report. Acute Health Division, Department of Human Services, Victoria, Australia.

Wyoming Trauma System Triage Guidelines. The Wyoming Office of Emergency Medical Services Web Boards for Trauma. In:<http://wdhfs.state.wy.us/ems/trauma.htm>

## Allegato C

### RETE ASSISTENZIALE PER L'EMERGENZA CARDIOLOGICA NEL LAZIO: IDENTIFICAZIONE DEI NODI E DELLE AREE DI AFFERENZA

## **INDICE**

1. Introduzione
2. L'attività cardiologica e cardiocirurgica nel Lazio
3. L'organizzazione della rete dell'emergenza cardiologica nel Lazio
  - 3.1 Requisiti per l'identificazione dei nodi della rete
  - 3.2 Relazioni funzionali tra i nodi Hub e Spoke
  - 3.3 Definizione dei nodi e delle aree di afferenza

Allegato I - L'assistenza cardiocirurgica nel Lazio

Allegato II - Esperienze di reti regionali. Percorso clinico assistenziale in emergenza - sindromi coronariche acute

## 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 si fa 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 collocate all'interno di strutture non necessariamente dotate di cardiocirurgia.

In proposito è stato anche osservato come, a seguito dei significativi cambiamenti occorsi 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 al 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 una proposta organica di riorganizzazione 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 nelle "Linee guida per la costituzione e lo sviluppo di reti assistenziali di alta specialità nella regione Lazio". La proposta è stata sviluppata anche a partire da un'analisi dell'assistenza cardiocirurgica nella regione Lazio (vedi Allegato I), che ha incluso una ricognizione dell'attuale dotazione di posti letto in relazione al fabbisogno stimato per la popolazione residente.



## 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>1</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>	<i>53.971</i>	<i>100,0 (97,1)</i>
<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>	<i>1.614</i>	<i>100,0 (2,9)</i>
<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+

<sup>1</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 h 24. Il 95% delle UTIC ed emodinamiche è concentrato nella città di Roma.

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.

Le Tabelle 2 e 3 riportano i ricoveri relativi a patologie cardiologiche gestite in emergenza e gli interventi cardiocirurgici eseguiti in pazienti provenienti da Pronto Soccorso, per struttura ospedaliera, nel corso del 2006.

Tabella 2 - Numero di ricoveri per interventi cardiocirurgici in emergenza, per istituto. Età 18+ anni. Onere SSN. Lazio 2006.

ASL	Istituto	Ricoveri per interventi cardiocirurgici	%
RMB	Policlinico Casilino	49	3,0
RMD	European Hospital	353	21,9
RMD	San Camillo-Forlanini	332	20,6
RME	San Filippo Neri	202	12,5
RME	Policlinico A. Gemelli	140	8,7
RMA	Policlinico Umberto I	214	13,3
RME	Sant'Andrea	221	13,7
RMB	Policlinico Tor Vergata	103	6,4
	Totale	4.052	100,0

Fonte: SIO Lazio, 2006.

Tabella 3 - Ricoveri relativi a patologie cardiologiche in emergenza per istituto. Età 18+ anni. Onere SSN. Lazio, 2006.

ASL	Istituto	Comune	Tipo PS	Ricoveri per patologie cardiologiche	%	Ricoveri per IMA	Ricoveri per IMA con effettuazione di PCI	Ricoveri per IMA con PCI in prima giornata
RMA	San Giovanni	Roma	DEA II	3.042	5,6	533	362	308
RMD	San Camillo- Forlanini	Roma	DEA II	2.829	5,2	705	393	217
LT	P.O. Latina Nord	Latina	DEA I *	2.729	5,1	347	1	0
RME	San Filippo Neri	Roma	DEA II	2.623	4,9	434	249	149
RMB	Sandro Pertini	Roma	DEA I	2.431	4,5	533	318	274
RMA	Policlinico Umberto I	Roma	DEA II	2.281	4,2	381	281	182
RI	San Camillo de Lellis	Rieti	DEA I	1.776	3,3	288	88	58
RME	Policlinico A. Gemelli	Roma	DEA II	1.680	3,1	377	257	115
RMC	Madre Giuseppina Vannini	Roma	DEA I	1.581	2,9	373	229	141
VT	Belcolle	Viterbo	DEA I	1.516	2,8	391	143	47
RME	P.O. Santo Spirito	Roma	DEA I	1.510	2,8	304	152	104
FR	Umberto I	Frosinone	DEA I	1.462	2,7	331	75	72
RME	Sant'Andrea	Roma	PS	1.398	2,6	445	298	152
LT	P.O. Latina Sud	Formia	DEA I	1.214	2,2	294	0	0
RMD	Giovanni Battista Grassi	Roma	DEA I	1.155	2,1	225	105	35
RME	Aurelia Hospital	Roma	DEA I	1.139	2,1	205	127	122
RMG	Parodi Delfino	Colleferro	PS	1.091	2,0	202	0	0
RMB	Policlinico Casilino	Roma	PS **	1.049	1,9	321	192	156
RMH	P.O. Albano-Genzano	Albano Laziale	PS	949	1,8	248	0	0
RMC	Sant'Eugenio	Roma	DEA II **	942	1,7	344	91	85
FR	Santissima Trinità	Sora	PS	860	1,6	103	0	0
LT	Città di Aprilia	Aprilia	PS	834	1,5	94	0	0
RMH	San Sebastiano Martire	Frascati	PS	795	1,5	167	0	0
RME	San Pietro - Fatebenefratelli	Roma	DEA I	788	1,5	236	165	132
RMG	San Giovanni Evangelista	Tivoli	DEA I	769	1,4	221	0	0
RMH	P.O. Anzio-Nettuno	Anzio	DEA I	747	1,4	179	0	0
RMF	San Paolo	Civitavecchia	DEA I	737	1,4	153	0	0
RMH	Sant'Anna	Pomezia	PS	734	1,4	112	0	0
LT	P.O. Latina Centro	Terracina	PS	722	1,3	48	0	0
FR	Civile di Anagni	Anagni	PS	717	1,3	140	0	0
RMH	Civile Paolo Colombo	Velletri	DEA I	609	1,1	70	0	0
RMB	Tor Vergata	Roma	PS *	605	1,1	189	145	78
RMA	San Giovanni Calibita - FBF	Roma	DEA I	562	1,0	78	25	7
FR	Gemma de Bosis	Cassino	DEA I	560	1,0	139	0	0

RMA	San Giacomo	Roma	DEA I	552	1,0	177	40	38
VT	Andosilla	Civitacastellana	PS	510	0,9	47	0	0
VT	Civile di Tarquinia	Tarquinia	PS	461	0,9	94	0	0
FR	San Benedetto	Alatri	PS	434	0,8	11	0	0
RMF	Padre Pio	Bracciano	PS	390	0,7	48	0	0
VT	Civile di Montefiascone	Montefiascone	PS	350	0,6	21	0	0
RI	Marzio Marini	Magliano Sabina	PS	318	0,6	17	0	0
VT	Civile di Acquapendente	Acquapendente	PS	310	0,6	43	0	0
RME	San Carlo di Nancy	Roma	PS	291	0,5	69	28	20
RMG	Angelucci	Subiaco	PS	275	0,5	23	0	0
RMG	Coniugi Bernardini	Palestrina	PS	271	0,5	7	0	0
RMC	Centro Traumatologico Ortopedico	Roma	DEA II	252	0,5	94	35	11
FR	Pasquale Del Prete	Pontecorvo	PS	221	0,4	8	0	0
RMG	Santissimo Gonfalone	Monterotondo	PS	159	0,3	15	0	0
RME	Cristo Re	Roma	PS	126	0,2	6	0	0
<b>Totale strutture con PS e con più di 0,1% di ricoveri</b>				<b>49.356</b>	<b>91.4</b>	<b>9.890</b>	<b>3.799</b>	<b>2.503</b>
<b>Altre strutture</b>				<b>4.615</b>	<b>8.6</b>	<b>573</b>	<b>119</b>	<b>99</b>
<b>Totale</b>				<b>53.971</b>	<b>100.0</b>	<b>10.463</b>	<b>3.918</b>	<b>2.602</b>

Fonte: SIO Lazio, 2006.

\* Nella nuova rete dell'emergenza è previsto il DEA di II livello.

\*\* Nella nuova rete dell'emergenza è previsto il DEA di I livello.

### 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.

Di seguito, vengono riportate le caratteristiche strutturali, tecnologiche e organizzative, nonché le specifiche funzioni dei diversi nodi hub e spoke. Viene anche fornita una descrizione dell'architettura della rete, con identificazione dei bacini territoriali di afferenza e dei centri a livello regionale e specificazione del loro livello di complessità assistenziale.

#### 3.1 Requisiti per l'identificazione 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;
- collegamento mediante teleconsulto con la centrale di ascolto del 118.

Spoke III livello - struttura sede di DEA di I livello o PS, dotata di cardiologia, UTIC ed emodinamica interventistica H24 e 7 giorni su 7.

Spoke II livello - struttura sede di PS con cardiologia, UTIC ed emodinamica interventistica non H24.

Spoke I livello - struttura sede di PS, con cardiologia e senza UTIC.

#### 3.2 Relazioni funzionali tra i nodi Hub e Spoke

L'organizzazione funzionale della rete dell'emergenza 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.

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 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.

Nelle emergenze cardiologiche ad esclusione dell'IMA, il paziente che sia stato soccorso da un'ambulanza 118 deve essere condotto al più vicino centro spoke di I, II o III livello ed eventualmente, in seconda battuta, all'hub di riferimento.

Nel caso di pazienti affetti da IMA, l'ambulanza deve teletrasmettere l'elettrocardiogramma (ECG) e i parametri vitali alla centrale operativa del 118 e all'UTIC dell'hub di riferimento territoriale. Il cardiologo dell'hub ha il compito di confermare la diagnosi, eseguire la stratificazione del rischio del paziente e, sulla base di quest'ultima, fornire indicazioni alla centrale operativa del 118 sul tipo di trattamento e sulla tipologia di struttura più appropriata per la gestione del paziente: trombolisi pre-ospedaliera in ambulanza 118 e spoke di II livello, nei casi a basso rischio; spoke di III livello o hub, nei casi caratterizzati da rischio elevato. L'operatore della centrale operativa del 118 ha il compito di indirizzare l'ambulanza presso lo spoke idoneo più vicino alla sede del primo soccorso e di teletrasmettere ECG e parametri vitali allo spoke prescelto. In caso di mancanza di disponibilità di sale di emodinamica negli spoke dell'area, il paziente deve essere condotto all'hub di riferimento che ha l'obbligo di trattarlo e di trasferirlo in una struttura di livello inferiore, non appena le sue condizioni cliniche lo consentano.

Nel caso di pazienti che necessitano di intervento cardiocirurgico d'urgenza è necessario organizzare un trasporto immediato presso la cardiocirurgia del DEA II di riferimento, salvo i casi in cui esistano specifici accordi consolidati tra Aziende del Lazio, formalizzati dalla Regione.

Un adeguato supporto all'organizzazione delle attività per un più 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>2</sup>, elaborato nel Lazio da un gruppo multidisciplinare di esperti nel 2005 (vedi Allegato II); dall'utilizzo del protocollo operativo per il trasporto del paziente critico con IMA (DGR 1729/2); dall'uso della telemedicina che, 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.

Le strutture hub e spoke che fanno parte di ciascuna area sono in relazione funzionale tra di loro e con le postazioni e la centrale operativa dell'Ares 118, garantita anche dal teleconsulto. Al fine di poter governare

---

<sup>2</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.

tali relazioni, ciascuna area definita come “Area unitaria di Rete” decide e concorda le procedure interaziendali di gestione dell'emergenza cardiologica mediante la costituzione di un comitato di referenti aziendali.

### 3.3 Definizione dei nodi e delle aree di afferenza

Sulla base dei criteri sopra descritti, i centri HUB di “riferimento/teleconsulto” sono stati identificati nelle seguenti strutture:

- AU Policlinico Umberto I
- AU Policlinico Tor Vergata
- AO S. Camillo Forlanini
- AO San Filippo Neri
- AU Policlinico Gemelli
- AO S. Giovanni Addolorata

Per ciascun centro hub è stata identificata l'area di afferenza (vedi Tabella 4), 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. Considerata la collocazione dei centri hub presso strutture con DEA di II livello, le aree di afferenza coincidono con quelle indicate nel documento sulla riorganizzazione della rete dell'emergenza nel Lazio.

In deroga alle aree di afferenza così definite, 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.

Tabella 4 – Aree di afferenza per i centri HUB di riferimento/teleconsulto.

<b>Centro HUB</b>	<b>Popolazione nell'area di afferenza</b>	<b>Area di afferenza</b>
Policlinico Umberto I	1.003.592	<b>Area 1:</b> ASL RMA (Distretto 1 - area S. Giacomo, Distretti 2, 3, 4), ASL RM B (Distretto 1), ASL RMG
Policlinico Tor Vergata	1.153.019	<b>Area 2:</b> ASL RM B (Distretti 2, 3, 4), ASL RMH (Distretti 1, 3 e 5), ASL FR
S. Camillo-Forlanini	910.150	<b>Area 3:</b> ASL RMC (Distretti 9, 11 e 12), ASL RMD
S. Filippo Neri	600.823	<b>Area 4:</b> ASL RM E, ASL RMF
Policlinico Gemelli	618.947	<b>Area 5:</b> ASL VT, ASL RI
San Giovanni Addolorata	936.907	<b>Area 6:</b> ASL RMA (Distretto 1- area S. Giovanni Calibita-FBF), ASL RM C (Distretto 6), ASL RMH (Distretti 2, 4 e 6), ASL LT

Entro 6 mesi verrà rivalutata la suddivisione territoriale delle aree in virtù della particolare collocazione geografica e delle caratteristiche assistenziali dell'AO S. Andrea.

Per quanto riguarda l'attività cardiocirurgica in emergenza, per i pazienti provenienti dall'area 6 il cui DEA di II livello è sprovvisto di cardiocirurgia, esistono specifici accordi interaziendali che indicano il Policlinico di Tor Vergata come centro di riferimento.

Nell'ambito di ciascuna area unitaria è stata identificato il livello di complessità delle strutture cardiologiche, come riportato nella Tabella 5.



Tabella 5 - Centri HUB e SPOKE della rete dell'emergenza cardiologica nel Lazio.

ASL	Istituto	Tipologia PS	Cardiologia	UTIC	Emodinamica	Emodinamica h24 7giorni su 7	Cardiochirurgia	Identificazione centri (hub, spoke I, spoke II, spoke III)	Aree di afferenza
<b>AU (RMA)</b>	<b>Policlinico Umberto I</b>	<b>DEA II</b>	<b>sì</b>	<b>sì</b>	<b>sì</b>	<b>sì</b>	<b>sì</b>	<b>hub</b>	<b>Area 1</b>
RMA	San Giacomo	DEA I	sì	sì	sì			spoke 2	Area 1
RMB	Sandro Pertini	DEA I	sì	sì	sì	sì		spoke 3	Area 1
RMG	San Giovanni Evangel.	DEA I	sì	sì				spoke 2	Area 1
RMG	Angelucci	PS							Area 1
RMG	Coniugi Bernardini	PS	sì***	sì				spoke 2	Area 1
RMG	Parodi Delfino	PS	sì	sì				spoke 2	Area 1
RMG	Santissimo Gonfalone	PS						spoke 1	Area 1
<b>AU (RMB)</b>	<b>Policlinico Tor Vergata</b>	<b>DEAII^^</b>	<b>sì****</b>	<b>sì</b>	<b>sì</b>	<b>sì</b>	<b>sì</b>	<b>hub</b>	<b>Area 2</b>
ASL FR	Gemma de Bosis	DEA I	sì	sì				spoke 2	Area 2
ASL FR	Umberto I	DEA I	sì	sì	sì°°			spoke 3	Area 2
ASL FR	Civile di Anagni	PS	sì	sì				spoke 2	Area 2
ASL FR	Civile di Ceccano	PS						spoke 1	Area 2
ASL FR	Pasquale Del Prete	PS						spoke 1	Area 2
ASL FR	San Benedetto	PS						spoke 1	Area 2
ASL FR	Santissima Trinità	PS	sì	sì				spoke 2	Area 2
RMB	Policlinico Casilino	DEA I ^^	sì	sì	sì	sì	sì	spoke 3	Area 2
RMH	Civile di Velletri	DEA I	sì	sì°				spoke 2	Area 2
RMH	San Giuseppe (Marino)	PS						spoke 1	Area 2
RMH	San Sebastiano Martire	PS	sì	sì				spoke 2	Area 2
<b>AO (RMD)</b>	<b>San Camillo-Forlanini</b>	<b>DEA II</b>	<b>sì</b>	<b>sì</b>	<b>sì</b>	<b>sì</b>	<b>sì</b>	<b>hub</b>	<b>Area 3</b>
RMC	C.T.O.	DEA I^^	sì	sì°				spoke 2	Area 3
RMC	Sant'Eugenio	DEA I^^	sì	sì				spoke 2	Area 3
RMD	Giovanni Battista Grassi	DEA I	sì	sì				spoke 2	Area 3
<b>AO (RME)</b>	<b>San Filippo Neri</b>	<b>DEA II</b>	<b>sì</b>	<b>sì</b>	<b>sì</b>	<b>sì</b>	<b>sì</b>	<b>hub</b>	<b>Area 4</b>
AU (RME)	S. Andrea	PS	sì	sì	sì	sì	sì	spoke 3	Area 4
RME	Aurelia Hospital	DEA I	sì	sì	sì	sì		spoke 3	Area 4
RME	San Pietro – FBF	DEA I	sì	sì	sì	sì		spoke 3	Area 4
RME	Santo Spirito	DEA I	sì	sì	sì			spoke 2	Area 4
RME	Cristo Re	PS						spoke 1	Area 4
RME	San Carlo di Nancy	PS	sì	sì	sì			spoke 1	Area 4

RMF	San Paolo	DEA I	sì	sì				spoke 2	Area 4
RMF	Civile di Bracciano	PS						spoke 1	Area 4
<b>AU (RME)</b>	<b>A. Gemelli</b>	<b>DEA II</b>	<b>sì</b>	<b>sì</b>	<b>sì</b>	<b>sì</b>	<b>sì</b>	<b>hub</b>	<b>Area 5</b>
ASL RI	San Camillo de Lellis	DEA I	sì	sì	sì <sup>ooo</sup>			spoke 2	Area 5
ASL RI	Francesco Grifoni	PS						spoke 1	Area 5
ASL RI	Marzio Marini	PS						spoke 1	Area 5
ASL VT	Civile di Tarquinia	PS						spoke 1	Area 5
ASL VT	Andosilla	PS						spoke 1	Area 5
ASL VT	Belcolle	DEA I	sì	sì	sì <sup>^</sup>		**	spoke 3	Area 5
ASL VT	Civile di Acquapendente	PS						spoke 1	Area 5
ASL VT	Civile di Montefiascone	PS	sì					spoke 1	Area 5
I.R.C.C.S.	Bambino Gesù*	DEA II	sì		sì	sì			Area 5
<b>AO (RMA)</b>	<b>San Giovanni</b>	<b>DEA II</b>	<b>sì</b>	<b>sì</b>	<b>sì</b>	<b>sì</b>	<b>**</b>	<b>hub</b>	<b>Area 6</b>
RMA	San Giovanni Calibita - FBF	DEA I	sì	sì				spoke 2	Area 6
RMC	Madre Giuseppina Tannini	DEA I	sì	sì	sì	sì		spoke 3	Area 6
RMH	Generale Provinciale	DEA I	sì	sì				spoke 2	Area 6
RMH	Ercole De Santis	PS						spoke 1	Area 6
RMH	San Giuseppe (Albano)	PS	sì	sì				spoke 2	Area 6
RMH	Sant' Anna	PS	sì	sì				spoke 2	Area 6
ASL LT	Dono Svizzero	DEA I	sì	sì				spoke 2	Area 6
ASL LT	Santa Maria Goretti	DEA I	sì	sì				spoke 2	Area 6
ASL LT	A. Fiorini	PS	sì					spoke 1	Area 6
ASL LT	Città di Aprilia	PS	sì					spoke 1	Area 6
ASL LT	Civile di Gaeta	PS						spoke 1	Area 6
ASL LT	ICOT	PS	sì					spoke 1	Area 6
ASL LT	Regina Elena	PS						spoke 1	Area 6
ASL LT	San Giovanni di Dio	PS						spoke 1	Area 6

\* Servizio di emodinamica senza UTIC.

\*\* *Stand by* cardiocirurgico S. Giovanni con Policlinico Tor Vergata; *Stand by* cardiocirurgico Ospedale di Belcolle con S. Camillo-Forlanini.

\*\*\* Presenti posti letto di cardiologia.

o Posti letti monitorizzati attivi in cardiologia e terapia intensiva.

oo H12 con reperibilità notturna per due giorni a settimana.

ooo Emodinamica attiva senza orario definito.

^ In fase di attivazione emodinamica h24 entro il 2007.

^^ Tipologia PS/DEA secondo il documento di riorganizzazione della rete di emergenza.

## **ALLEGATO**

### **L'ASSISTENZA CARDIOCHIRURGICA NEL LAZIO**

#### Indice

1. Introduzione
2. Valutazione dell'offerta
  - 2.1 Analisi della performance
  - 2.2 Valutazione degli esiti
3. Stima del fabbisogno
  - 3.1 Analisi della mobilità passiva
  - 3.2 Stima dei posti letto sulla base dei ricoveri attesi
4. Analisi delle criticità
5. Conclusioni

## 1. Introduzione

*La pratica cardiocirurgica ha subito importanti cambiamenti nell'ultimo decennio, indotti soprattutto dall'avanzamento delle tecniche interventistiche (in particolare l'angioplastica coronarica), potenzialmente effettuabili in strutture non dotate di cardiocirurgia. Per effetto selettivo delle tecniche alternative alla chirurgia, i pazienti trattati sono divenuti nel tempo meno numerosi, ma anche più complessi.*

*La funzione di cardiocirurgia rientra, dunque, tra i servizi di elevata specialità e con prestazioni rare, che richiedono inevitabilmente maggiori garanzie di qualità e l'opportunità di concentrare la casistica presso strutture e operatori specializzati ed esperti.*

Dall'esigenza di garantire un elevato standard di qualità assistenziale origina il particolare interesse attualmente rivolto ai temi della performance in termini di appropriatezza e della valutazione degli esiti in ambito cardiocirurgico.

Il presente documento contiene una valutazione dell'attività cardiocirurgica nel Lazio e una ricognizione dell'attuale dotazione di posti letto in relazione al fabbisogno stimato per la popolazione residente.

Vengono inoltre evidenziate alcune criticità assistenziali, che rappresentano il punto di partenza per una proposta di riorganizzazione della rete dell'emergenza e di gestione dell'attività in elezione.

## 2. Valutazione dell'offerta

La descrizione dell'attività e la valutazione dell'assistenza in termini di efficienza ed esito forniscono un quadro d'insieme dell'attuale offerta di prestazioni cardiocirurgiche nella regione Lazio e sono attività preliminari alla ri-pianificazione della rete ospedaliera.

Al fine di valutare l'attività cardiocirurgica, la casistica è stata definita sulla base dei codici di procedura ICD9-CM specifici, ricercati in qualsiasi posizione sulla SDO (fonte: SIO 2005).

L'analisi è stata riferita ai pazienti di età 18+ anni e alle strutture di ricovero del Servizio Sanitario Nazionale (ad esclusione dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù).

I codici raggruppati per tipologia di intervento cardiocirurgico sono riportati di seguito.

Codici ICD-9-CM relativi a procedure cardiocirurgiche utilizzati per la selezione della casistica.

Tipologia di intervento	descrizione	codici
Procedure sulle valvole cardiache	Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione, valvola non specificata	3510
	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola aortica senza sostituzione	3511
	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione	3512
	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola polmonare senza sostituzione	3513
	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola tricuspide senza sostituzione	3514
	Sostituzione di valvola cardiaca non specificata	3520
	Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi	3521
	Altra sostituzione di valvola aortica con protesi	3522
	Sostituzione della valvola mitrale con bioprotesi	3523
	Altra sostituzione di valvola mitrale con protesi	3524
	Sostituzione di valvola polmonare con bioprotesi	3525
	Altra sostituzione di valvola polmonare con protesi	3526
	Sostituzione di valvola tricuspide con bioprotesi	3527
	Altra sostituzione di valvola tricuspide con protesi	3528
	Altri interventi sulle valvole del cuore	3599
Interventi di bypass aorto-coronarico (CABG)	Bypass aortocoronarico per rivascolarizzazione cardiaca, sai	3610
	Bypass aortocoronarico di una arteria coronarica	3611
	Bypass aortocoronarico di due arterie coronariche	3612
	Bypass aortocoronarico di tre arterie coronariche	3613
	Bypass aortocoronarico di quattro o più arterie coronariche	3614
	Bypass singolo mammaria interna-arteria coronarica	3615
	Bypass doppio mammaria interna-arteria coronarica	3616

	Altro bypass per rivascolarizzazione cardiaca	3619
	Rivascolarizzazione cardiaca mediante innesto arterioso	362
	Altra rivascolarizzazione cardiaca	363
Intervento di trapianto	Trapianto di cuore	375
Chirurgia dell'aorta toracica	Incisione dell'aorta	3804
	Resezione dell'aorta con anastomosi	3834
	Intervento di dissezione dell'aorta	3954
Altre procedure sul cuore	Interventi sul muscolo papillare	3531
	Interventi sulle corde tendinee	3532
	Annuloplastica	3533
	Infundibulectomia	3534
	Interventi sulle trabecole carnose del cuore	3535
	Interventi su altre strutture adiacenti alle valvole del cuore	3539
	Riparazione di difetto del setto interatriale con protesi, tecnica aperta	3551
	Riparazione di difetto del setto interatriale con sutura diretta	3552
	Riparazione con protesi di difetto del setto interventricolare	3553
	Riparazione con protesi di difetto dei cuscinetti endocardici	3554
	Riparazione di difetto in setto non specificato del cuore con innesto tissutale	3560
	Riparazione di difetto del setto interatriale con innesto tissutale	3561
	Riparazione di difetto del setto interventricolare con innesto tissutale	3562
	Riparazione di difetto dei cuscinetti endocardici con innesto tissutale	3563
	Altra e non specificata riparazione di difetto intersettale non specificato	3570
	Altra e non specificata riparazione di difetto del setto interatriale	3571
	Altra e non specificata riparazione di difetto del setto interventricolare	3572
	Altra e non specificata riparazione di difetto dei cuscinetti endocardici	3573
	Correzione totale di tetralogia di Fallot	3581
	Correzione totale di completa anomalia della connessione venosa polmonare	3582
	Correzione totale del tronco arterioso	3583
	Correzione totale di trasposizione di grande vaso non classificato altrove	3584
	Trasposizione interatriale del ritorno venoso	3591
	Creazione di condotto fra ventricolo destro e arteria polmonare	3592
	Creazione di condotto fra il ventricolo sinistro e l'aorta	3593
	Creazione di condotto fra atrio e arteria polmonare	3594
	Revisione di procedure correttive del cuore	3595

Altri interventi sui setti del cuore	3598
Angioplastica dell'arteria coronarica a torace aperto	3603
Riparazione di aneurisma dei vasi coronarici	3691
Altri interventi sui vasi del cuore	3699
Incisione cardiaca sai	3710
Cardiotomia	3711
Pericardiotomia	3712
Pericardiectomia	3731
Asportazione di aneurisma del cuore	3732
Asportazione o distruzione di altra lesione o tessuto del cuore	3733
Riparazione del cuore e pericardio	374
Impianto di altri sistemi di circolazione assistita	3762
Massaggio cardiaco a torace aperto	3791
Altri interventi sul cuore e sul pericardio	3799

## 2.1 Analisi della performance

Nel 2005 sono stati effettuati presso istituti dotati di posti letto di cardiocirurgia 4.231 ricoveri ordinari per interventi cardiocirurgici, relativi a pazienti di età 18+ anni: di questi, 4.144 (98%) risultano a carico del Sistema Sanitario Nazionale.

In particolare, sono stati eseguiti 1.647 interventi sulle valvole cardiache, 2.250 CABG, 11 trapianti cardiaci, 15 interventi sull'aorta toracica e 221 altre procedure di sala operatoria sul cuore. La quota di ricoveri in mobilità attiva è pari al 12%.

La Tabella 1 riporta il numero di dimissioni per istituto e alcuni indicatori di efficienza e appropriatezza d'uso dei posti letto.

Tabella 1. Numero di ricoveri per interventi cardiocirurgici e principali indicatori di performance, per istituti con posti letto di cardiocirurgia. Età 18+ anni, Lazio 2005.

Istituto	No. ricoveri per interventi cardiocirurgici	DM casistica cardiocirurgica	Indice (%) di inappropriatezza d'uso dei p.l. <sup>3</sup>	Indice (%) di degenza postoperatoria in appoggio <sup>4</sup>
Policlinico Casilino	342	6,8	8,6	12,2
European Hospital**	712	11,3	18,3	0,9
San Camillo - Forlanini	963	19,5	9,4	34,1

<sup>3</sup> L'indice di *inappropriatezza d'uso dei posti letto* misura l'incongruenza della casistica trattata rispetto alla specialità in oggetto. È calcolato come percentuale di giornate di degenza nei reparti di cardiocirurgia relative a ricoveri non attribuiti a DRG chirurgici della MDC5 né a riammissioni entro 60 giorni da un pregresso intervento cardiocirurgico sul totale delle giornate nei medesimi reparti.

<sup>4</sup> L'indice di *degenza postoperatoria in appoggio* presso reparti non specialistici è calcolato come percentuale di giornate di degenza postoperatorie relative alla casistica considerata non a carico dei reparti di cardiocirurgia di un dato ospedale (escluse le terapie intensive) sul totale delle giornate postoperatorie attribuibili alla casistica trattata ovunque nell'ospedale.

San Filippo Neri	411	19,4	13,7	33,4
Policlinico A. Gemelli	636	19,5	8,4	37,3
Policlinico Umberto I	426	21,6	8,4	27,7
Campus Biomedico	82	10,7	28,3	14,5
Sant'Andrea	320	18,4	10,6	25,1
Tor Vergata	252	12,4	11,5	19,5
<b>Totale attività</b>	<b>4144</b>	<b>16,5</b>	<b>11,5</b>	<b>27,5</b>

\*\* Dei 22 posti letto in dotazione alla cardiocirurgia, 5 sono destinati alla cardiologia interventistica (DGR 158 del 14/2/2005). L'attività medica (in prevalenza coronarografie) effettuata su tali posti letto non è scorponabile dalla restante attività del reparto e può in parte condizionare l'indice di inappropriatezza d'uso.

Il maggior volume di attività per procedure cardiocirurgiche è appannaggio dell'Ospedale San Camillo-Forlanini che nel 2005 ha eseguito 963 ricoveri, seguito dall'European Hospital con 712 e dal Policlinico Gemelli con 636 ricoveri. La degenza media nelle diverse strutture va da 6,8 a 21,6 giorni. Risulta non del tutto trascurabile la quota di ricoveri inappropriati, in quanto non attribuiti a DRG chirurgici della MDC5 (Malattie del sistema circolatorio) né riferibili a riammissioni di pazienti precedentemente sottoposti a interventi cardiocirurgici nei reparti considerati. L'indice di inappropriatezza d'uso dei posti letto si attesta mediamente intorno al 12% (range compreso tra 8% e 28%). Si registra inoltre una quota di casi trattati totalmente (5%) o parzialmente in reparti differenti dalla cardiocirurgia, anche in fase post-operatoria: l'indice di appoggio è risultato pari a 27,5%.

La Tabella 2 riporta il numero di posti letto accreditati al 31/12/2005 (Fonte: SIO Lazio)<sup>5</sup>, il numero di posti attivi (rilevati ufficiosamente mediante indagine telefonica) e la stima dei posti letto attesi sulla base della casistica trattata dall'istituto nell'ipotesi del loro utilizzo al meglio (tasso di occupazione fissato a 84% e degenza media "ottimale" stimata pari a 11 giorni, al netto del transito in terapia intensiva).

Tabella 2. Dotazione di posti letto (accreditati e attivi) e stima dei posti letto attesi in base alla migliore performance, per istituto.

Istituto	PL accreditati	PL attivi	PL attesi <sup>6</sup>	Differenza attesi/accreditati
Policlinico Casilino	10	10	12	+2
European Hospital	17	17	26	+9
San Camillo - Forlanini	40	34	35	-5
San Filippo Neri	18	16	15	-3

<sup>5</sup> Sono in atto degli adeguamenti nella dotazione di posti letto di cardiocirurgia a carico del Policlinico Casilino e dell'ICOT di Latina con un saldo positivo di 6 posti letto da sommare all'attuale disponibilità.

<sup>6</sup> Numero di posti letto atteso sulla base dei casi specialistici trattati dall'ospedale, nell'ipotesi del loro utilizzo con tasso di occupazione 84% e degenza media di 11 giorni (vedi stima fabbisogno).



Policlinico A. Gemelli	26	21	23	-3
Policlinico Umberto I	37	19	15	-22
Campus Biomedico	14	14	3	-11
Sant'Andrea	14	14	11	-3
Tor Vergata	29	22	9	-20
Totale	205	167	149	-56

Si segnala che il numero di posti letto realmente attivi risulta ridotto rispetto ai posti letto accreditati. Inoltre è possibile evidenziare un'eccedenza di posti letto accreditati rispetto agli attesi (stimati in base alla migliore performance) pari a 56, concentrata essenzialmente in 3 strutture. Tale eccedenza è evidenziabile anche considerando soltanto i posti letto realmente attivi (-18).

## 2.2 Valutazione degli esiti

L'analisi di seguito riportata ha l'obiettivo di valutare l'attività cardiocirurgica degli ospedali del Lazio nel 2005, in termini di mortalità intraospedaliera. Quest'ultima è, tra i possibili esiti, quello di gran lunga preferito perché facile da misurare e più direttamente riconducibile alle responsabilità della struttura erogatrice.

Nel corso del 2005, su un totale di 3.660 interventi cardiocirurgici a pazienti residenti nel Lazio di età 18+ anni, il numero di decessi intraospedalieri è risultato pari a 204 (corrispondente a un tasso di mortalità del 5,6%). La Tabella 3 riporta alcune variabili socio-demografiche e cliniche associate a rischio di morte intraospedaliera.

Tabella 3. Caratteristiche socio-demografiche e cliniche associate a rischio di morte intraospedaliera in pazienti residenti, di età 18+ anni, sottoposti a intervento cardiocirurgico. Lazio, 2005.

N=3660

Variabile	Modalità	No	%	mortalità (media=5,6%)	OR grezzi (IC95%)	OR aggiustati (IC95%)
Sesso	maschio	2570	70,2	4,3	1	1
	femmina	1090	29,8	8,6	1,82 (1,26-2,43)	1,44 (1,05-1,97)
Età (anni)	18-50	334	9,1	1,8	1	1,06* (1,04-1,08)
	51-60	658	18,0	2,7	1,55 (0,61-3,95)	
	61-65	538	14,7	4,3	2,42 (0,97-6,02)	
	66-70	709	19,4	4,8	2,66 (1,11-6,41)	
	71-75	748	20,4	7,2	3,93 (1,67-9,25)	
	76-80	491	13,4	8,6	4,65 (1,95-11,1)	
	81+	182	5,0	14,8	8,43 (3,40-20,9)	

Tipo di intervento	CABG	2043	55,8	3,1	1	1
	interventi valvole	1399	38,2	7,9	2,54	(1,83-3,52) 2,75 (1,97-3,84)
	altri interventi	195	5,3	9,7	4,45	(2,56-7,73) 3,91 (2,22-6,89)
	trapianto cardiaco	10	0,3	30,0	33,72	(8,0-141,7)
	aorta toracica	13	0,4	53,9	36,40	(11,3-117,5)
Urgenza/elezione	elezione	2966	81,0	4,3	1	1
	PS	694	19,0	11,0	2,67	(1,97-3,61) 2,13 (1,54-2,94)
N° comorbidità**	0	3299	90,1	4,6	1	1
	1+	361	9,9	14,1	3,07	(2,17-4,33) 3,12 (2,18-4,48)

\* **OR per incremento annuo d'età.**

\*\* Le comorbidità considerate sono quelle associate a un rischio di mortalità superiore a 1 (insufficienza cardiaca congestizia, patologie cerebrovascolari, patologie del connettivo, ulcera peptica, patologie epatiche e renali, tumori e metastasi, AIDS).

Il Grafico 1 riporta per ciascuna struttura ospedaliera l'eccesso di mortalità intraospedaliera rispetto al valore medio regionale, dopo aggiustamento per le variabili di gravità clinica. Complessivamente, le strutture presentano valori di mortalità in linea con la media regionale; solo in un istituto si evidenzia un numero osservato di decessi pari al doppio rispetto al valore atteso (SMR=2,15; IC95% 1,77-2,53).

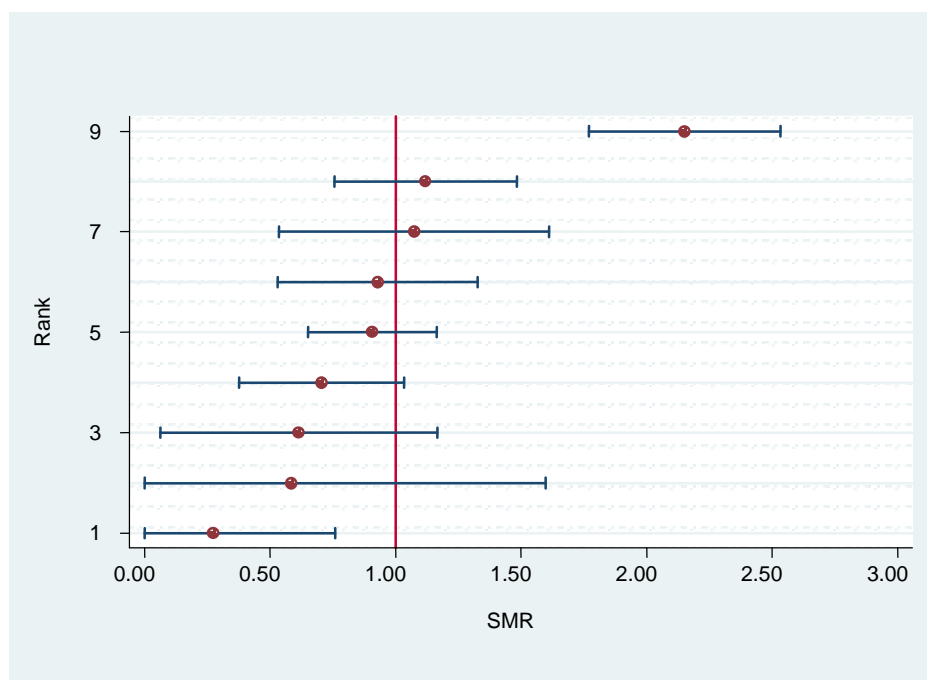


Grafico 1. Rapporti di mortalità standardizzati (SMR) relativi ai reparti di cardiocirurgia. Lazio, 2005.

### 3. Stima del fabbisogno

#### 3.1 Analisi della mobilità passiva

Nell'ambito dei dati relativi alla mobilità passiva sono stati selezionati i ricoveri ordinari per acuti, con procedure di tipo cardiocirurgico e onere a carico del SSN e non (la quota di ricoveri non SSN è pari al 2%), avvenuti in pazienti di età 18+ anni nel corso del 2005.

I ricoveri effettuati da residenti del Lazio in altre regioni risultano 427, di cui 182 per procedure sulle valvole cardiache, 193 bypass, 4 interventi sull'aorta toracica, 5 trapianti e 43 altre procedure di sala operatoria sul cuore.

Il tasso di fuga è pari al 10%, sensibilmente superiore rispetto al valore medio regionale calcolato per l'intera attività ospedaliera (6%). Indici elevati si registrano a carico della ASL più periferiche della regione: in particolare, la ASL di Viterbo con il 26,6% e quella di Latina con il 22,1% (Tabella 4).

Tabella 4. Numero di ricoveri in mobilità passiva e indice di fuga, per ASL di residenza del paziente. Età 18+ anni. Anno 2005.

ASL di residenza	No. ricoveri	Indice di fuga
Rm A	21	4,9
Rm B	13	2,3
Rm C	25	5,6
Rm D	15	4,4
Rm E	29	6,7
Rm F	26	14,4
Rm G	17	5,3
Rm H	8	2,5
Viterbo	67	26,6
Rieti	26	17,8
Latina	79	22,1
Frosinone	48	14,6
Totale*	427	10,2

\* Per 53 ricoveri non è stato possibile attribuire la residenza.

Le regioni che esercitano maggiore attrazione sono la Lombardia (23% dell'attività), la Toscana (17%), la Campania (15%) e l'Umbria (13%).

Le procedure sulle valvole cardiache vengono eseguite prevalentemente in Lombardia (36%) e Toscana (16%), gli interventi di bypass maggiormente in Campania (22%) e in Toscana (20%). I cinque trapianti sono stati effettuati in Lombardia (3), Emilia Romagna (1) e Toscana (1).

### 3.2 Stima dei posti letto attesi sulla base dei ricoveri attesi

La stima del fabbisogno di posti letto per l'attività cardiocirurgica è stata effettuata utilizzando l'algoritmo di seguito riportato

- 
- Selezione dei ricoveri effettuata in base ai codici ICD-9-CM di procedura cardiocirurgica (casistica residenti nel Lazio 2005)
  - Tasso di ospedalizzazione pari a 10,0 per 10.000, riportato in letteratura internazionale per i ricoveri di cardiocirurgia
  - Degenza media ottimale, DM, calcolata come valore mediano delle degenze al netto del transito nei reparti di terapia intensiva (stima calcolata solo sui ricoveri effettuati da strutture del Lazio)
  - Tasso di occupazione ottimale, TO, stimato pari al rapporto tra la degenza al netto del transito in terapia intensiva e la degenza complessiva (viene tollerato il mancato utilizzo del posto letto per un periodo pari al transito nelle terapie intensive)
  - Fabbisogno di posti letto a livello regionale calcolato come segue:  
*giornate di degenza attese = ricoveri x DM*  
*posti letto attesi = giornate di degenza attese / (TO x 365.25)*
- 

Il numero di ricoveri effettuati ovunque (autoproduzione e mobilità passiva) da residenti nel Lazio è risultato pari a 4.170, valore corrispondente a un tasso medio regionale di 9,5 per 10.000. La degenza mediana è stata stimata pari a 11 giorni e il tasso di occupazione ottimale pari a 0,84 (51.585 giornate al netto del transito in terapia intensiva sulla degenza totale di 61.390 giornate).

Per la stima del fabbisogno di posti letto è stata condotta un'analisi basata sul tasso desunto dalla letteratura (10,0 per 10.000), peraltro in linea con il valore medio regionale. Il numero atteso di ricoveri è stimato pari a 4.387 (10,0/10.000 x 4.386.781 residenti nel Lazio di età 18+ anni). Il fabbisogno stimato è risultato di 157 posti letto, di cui 16 rappresentano il fabbisogno corrispondente all'attività in mobilità passiva.

#### 4. Analisi delle criticità

L'analisi comparata della domanda stimata e della dotazione di risorse suggerisce che il numero di posti letto attualmente disponibili per la cardiocirurgia sia complessivamente adeguata a fronteggiare la richiesta di interventi da parte della popolazione residente.

Rispetto alla stima della domanda potenziale, va precisato che non sono stati considerati i pazienti in lista d'attesa per intervento cardiocirurgico, a causa dell'indisponibilità del dato; tuttavia lo scarto tra la dotazione osservata (205 posti letto accreditati) e quella attesa (157 posti letto stimati sulla base del fabbisogno) è sufficientemente ampio da compensare eventuali sottostime nella quantificazione della domanda.

Sul versante dell'offerta si segnala una tendenza all'inappropriatezza nell'utilizzo delle risorse, con una quota non trascurabile di ricoveri incongrui rispetto alla specialità considerata; e la presenza di *outlier* nella valutazione delle strutture in base alla mortalità intraospedaliera.

Per quanto riguarda l'attività in emergenza, l'assenza di reparti di cardiocirurgia in alcuni DEA II rimanda alla necessità di ridefinire la rete dell'emergenza mediante riattribuzione dei bacini di afferenza alle corrispondenti strutture di riferimento.

In linea generale, i dati sembrano indicare la necessità di investimenti di programmazione sanitaria in questa area assistenziale, che siano in grado di assicurare elevati standard di qualità sul piano diagnostico-terapeutico e dell'appropriatezza d'uso delle risorse disponibili, piuttosto che tendere a un'inutile moltiplicazione dei punti d'offerta. A sostegno di quanto detto, va sottolineato il dato relativo alla mobilità che fa registrare un indice di fuga sensibilmente superiore rispetto al valore medio regionale calcolato per l'intera attività ospedaliera, pur in assenza di carenze nella quantità di risorse attualmente in dotazione.

## 5. Conclusioni

La riorganizzazione dell'assistenza cardiocirurgica deve porsi come obiettivo quello di garantire un utilizzo delle risorse più efficace ed efficiente, in ordine alle priorità della programmazione sanitaria regionale e nel rispetto del principio di equità.

Per quanto riguarda l'attività cardiocirurgica in emergenza, un aspetto problematico è rappresentato dal fatto che non tutte le strutture identificate come DEA di II livello sono dotate di posti letto di cardiocirurgia. In tal caso, è necessario provvedere all'attivazione di percorsi alternativi di gestione in emergenza dei pazienti provenienti dalle relative aree di afferenza.

Riguardo alle scelte organizzative verso cui orientare la ripianificazione dell'offerta regionale in elezione, si ritiene necessario identificare un centro di riferimento regionale che sia in grado di garantire prestazioni cardiocirurgiche ultraspecialistiche, come il trapianto di cuore e l'assistenza ventricolare meccanica in pazienti con shock cardiogeno refrattario a terapia chirurgica convenzionale. Si tratta di interventi che presuppongono un assetto organizzativo adeguato e un'equipe di comprovata esperienza. Viene indicata la Cardiocirurgia dell'AO S. Camillo-Forlanini come possibile centro di riferimento per tale casistica, in quanto rispondente ai suddetti requisiti.

Un importante elemento di criticità evidenziato in precedenza è costituito dalla concentrazione di posti letto di cardiocirurgia nell'area metropolitana di Roma, cui corrisponde nelle aree più periferiche della regione una difficoltà di accesso ai trattamenti. Questa disomogeneità nella distribuzione territoriale dell'offerta potrebbe in parte spiegare gli indici di fuga particolarmente elevati a carico delle ASL di confine. A tale riguardo, si ritiene utile avviare dei progetti sperimentali incentrati sul modello organizzativo delle equipe cardiocirurgiche itineranti, in alternativa al decentramento di posti letto verso la periferia e conseguente parcellizzazione della casistica. Tali progetti potrebbero essere sviluppati nell'ambito di accordi formalizzati di collaborazione inter-aziendale.

## **PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE IN EMERGENZA –SINDROMI CORONARICHE ACUTE**

Stefania Cardo, Anna Patrizia Barone, Nera Agabiti, Cesare Greco\*, Tom Jefferson, Gabriella Guasticchi, a nome del Gruppo di Lavoro Multidisciplinare PCAE-Sindromi Coronariche Acute (vedi Appendice 1)

*Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio, \*Area Emergenza-Urgenza ANMCO-Lazio*

### **Introduzione**

Il presente documento indica il percorso clinico assistenziale in emergenza (PCAE) per i pazienti affetti da infarto miocardio acuto con sopraslivellamento persistente del tratto ST (STEMI) all'elettrocardiogramma (ECG). Obiettivo principale del PCAE per lo STEMI è quello di definire percorsi diagnostici e terapeutici appropriati e basati sulle evidenze, al fine di ottimizzare la diagnosi e il trattamento dei pazienti affetti da infarto acuto del miocardio. Il presente documento prevede una parte generale sulla metodologia utilizzata – per la cui lettura si rimanda al sito web dell'Agenzia di Sanità Pubblica (ASP) del Lazio ([www.asplazio.it/home/Sistemi Informativi/ Emergenza Sanitaria/Attività dell'Emergenza/](http://www.asplazio.it/home/Sistemi_Informativi/ Emergenza_Sanitaria/Attività_dell'Emergenza/) PCAE/Parte Generale/Introduzione) – ed una parte specifica relativa allo STEMI.

Il PCAE è stato redatto da un Gruppo Multidisciplinare di Esperti costituito da anestesisti-rianimatori, cardiologi, cardiologi emodinamisti, cardiocirurghi, direttori sanitari, epidemiologi, geriatrici, infermieri del 118 e dell'emergenza, medici del 118 e dell'emergenza. Questo documento è composto da tre parti. La prima è un'introduzione sulla rilevanza epidemiologica dell'infarto miocardio acuto nel Lazio e sulle evidenze di efficacia della terapia ripercussiva nel trattamento dello STEMI.

La seconda è la descrizione del PCAE per lo STEMI, composta da un testo contenente la spiegazione del percorso con relative azioni raccomandate e da un algoritmo per l'uso quotidiano. La terza è un'appendice che fornisce dettagli sui metodi utilizzati per l'elaborazione del presente PCAE. Si consiglia la lettura contestuale della parte generale, comune a tutti i PCAE, e di questo documento (testo e algoritmo).

In un capitolo dedicato, viene fornita una breve descrizione delle strutture coinvolte nella gestione dei pazienti con STEMI; per maggiori dettagli si rimanda al documento già prodotto dall'ASP del Lazio: "Progetto di organizzazione della rete dell'emergenza cardiologica nel Lazio - Sindromi coronariche acute<sup>1</sup>" ([www.asplazio.it/linee di attività/valutazione d'esito/ rapporti/documenti/seminari](http://www.asplazio.it/linee_di_attività/valutazione_d'esito_rapporti/documenti/seminari)). Viene inoltre effettuata un'analisi dei punti critici che rappresentano i requisiti indispensabili per il corretto funzionamento del percorso.

Per le azioni consigliate nel PCAE, sono indicati i livelli di evidenza e la forza di ogni raccomandazione. Si noti che molte azioni non hanno livello superiore a V ma sono propedeutiche a terapie (trombolisi, angioplastica, ecc.) che hanno livello di evidenza I. I giudizi sono basati sulla qualità e quantità delle evidenze scientifiche disponibili per l'efficacia di ciascuna raccomandazione, come suggerito dal Programma Nazionale per le Linee Guida.

Per maggiori spiegazioni sulla scelta e sulla definizione dei livelli di evidenza e forza delle raccomandazioni si rimanda all'Appendice 2 oppure alla consultazione del sito [www.pnlg.it](http://www.pnlg.it). Si fa presente che nel documento si fa riferimento ad una

metodologia di classificazione delle evidenze diversa da quella delle linee guida cardiologiche americane ed europee sullo STEMI; tale scelta risponde al criterio di utilizzare la stessa metodologia per tutti i PCAE.

Il PCAE contenuto nel presente documento rappresenta lo sviluppo di una delle fasi del “Progetto di organizzazione della rete dell'emergenza cardiologica nel Lazio - Sindromi coronariche acute”<sup>1</sup>.

Tale progetto è stato recentemente avviato, in linea con gli indirizzi della programmazione sanitaria regionale in area cardiologica (DCR n. 114 del 31/07/02), nell'ambito di una collaborazione tecnico-scientifica tra l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO), l'ASP del Lazio e la Commissione Regionale ANMCOSIC per l'Emergenza che include rappresentanti dell'ANMCO e della Società Italiana di Cardiologia (SIC).

Le finalità ed i contenuti del progetto sono stati presentati nella Conferenza “Obiettivo: Emergenza cardiologica” tenutasi presso l'Ospedale San Giovanni Addolorata in data 25 marzo 2003 e sono disponibili sul sito web dell'ASP nel contesto di un documento contenente: una sintesi del rationale e delle linee guida in tema di gestione e trattamento delle sindromi coronariche acute; una breve rassegna delle evidenze di efficacia del cosiddetto “trasporto protetto”; i risultati di un'analisi dei dati disponibili sulle strutture cardiologiche nel Lazio e sulla loro attività; la proposta di organizzazione di una rete dell'emergenza cardiologica nel Lazio con la descrizione delle diverse fasi ed articolazioni. La validità del presente PCAE è fino al 31 dicembre 2006, seguirà quindi un aggiornamento.

### **Definizioni e contesto**

Le sindromi coronariche acute nascono da uno squilibrio tra richieste funzionali del miocardio e capacità dei vasi coronarici di assicurare un sufficiente apporto di sangue. Tale squilibrio è alla base della patologia ischemica del cuore che può manifestarsi sotto diverse forme cliniche che sono l'ischemia silente, l'angina instabile, l'infarto del miocardio, l'insufficienza cardiaca e la morte improvvisa. Nel contesto di un dolore toracico acuto, si distinguono due differenti presentazioni di sindromi coronariche acute in base alla presenza o meno di sopraslivellamento persistente del tratto ST all'ECG.

Le sindromi coronariche acute con permanente sopraslivellamento del tratto ST generalmente conducono ad un infarto caratterizzato da un'onda Q all'ECG e richiedono una riperfusione urgente.

Le sindromi coronariche acute senza sopraslivellamento permanente del tratto ST possono essere ulteriormente suddivise in:

- a) infarto non Q, caratterizzato dal rilascio di marcatori di necrosi miocardica e da una prognosi che giustifica una terapia medica aggressiva, un'angiografia coronarica precoce e dove possibile la rivascolarizzazione;
- b) angina instabile, caratterizzata dal mancato rilascio di marcatori di necrosi miocardica, la cui prognosi è più favorevole e che permette, quindi, un trattamento ambulatoriale.

Per quel che riguarda in particolare la diagnosi di infarto miocardico acuto (da 6 ore a 7 giorni), secondo il documento di consenso dell'European Society of Cardiology e dell'American College of Cardiology del 2000<sup>2</sup>, essa può essere posta in presenza di uno dei seguenti criteri:



1) elevazione dei marcatori biochimici di necrosi miocardica con un andamento temporale caratteristico (salita tipica e graduale discesa della troponina o rapida salita e discesa della creatin chinasi-MB), purché associata ad almeno uno dei seguenti elementi clinico-strumentali: a) sintomi tipici di ischemia miocardica; b) sviluppo di onde Q patologiche all'ECG; c) alterazioni ECG indicative di ischemia (ST sopra o sottoslivellato); d) procedure di rivascularizzazione miocardica (ad esempio angioplastica percutanea);

2) quadro anatomico-patologico di infarto miocardico acuto.

Alla luce di queste definizioni si evince come, in sede di primo soccorso, la diagnosi di infarto può essere solo *presunta* perché si basa sull'evidenza di sintomi tipici di ischemia e sulle alterazioni ECG, ma non può avvalersi della determinazione dei marcatori biochimici né tanto meno del quadro anatomico-patologico che sono invece i due criteri fondamentali per una diagnosi certa. Per questa ragione nel presente documento si parlerà frequentemente di "presunto infarto miocardico acuto". Tenuto conto, inoltre, del diverso trattamento e prognosi a seconda della diversa presentazione clinica delle sindromi coronariche acute, il gruppo di lavoro ha deciso di considerare nel presente PCAE solamente lo STEMI.

### **Rilevanza epidemiologica dell'infarto miocardico acuto nel Lazio**

Nel Sistema Informativo Ospedaliero del Lazio per l'anno 2001, sono state registrate 8516 dimissioni per infarto miocardico acuto (codice ICD-9-CM = 410 in diagnosi principale, regime di ricovero ordinario, onere Servizio Sanitario Nazionale, residenti nella Regione Lazio e non). Il 16% di questi pazienti è stato trattato in reparti diversi dalla Cardiologia e dall'Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC).

La mortalità variava dall'8.9% per i pazienti ricoverati in UTIC al 21.7% per quelli trattati in reparti non appropriati (diversi da UTIC o Cardiologia). Lo studio GUSTO<sup>3</sup> riferisce che 98 ospedali americani hanno riscontrato il 59% di STEMI e il 41% di infarti miocardici senza sopraslivellamento del tratto ST (NSTEMI).

Lo studio BLITZ<sup>4</sup> condotto nelle UTIC del Lazio nel 2001 evidenziava come il 66% degli infarti miocardici acuti sono STEMI mentre il 34% sono NSTEMI. Se tali percentuali vengono attribuite agli 8516 pazienti, si arriva alla conclusione che circa 5600 infarti miocardici acuti sono STEMI e circa 2900 sono NSTEMI.

Poiché dai dati della letteratura si evince che il 30% degli STEMI sono ad alto rischio<sup>1</sup>, almeno 1680 dei 5600 STEMI ospedalizzati nel 2001 erano da considerare ad alto rischio. Questi ultimi presentano un'indicazione prioritaria all'angioplastica coronarica transluminale percutanea (PTCA) primaria.

In realtà nella Regione Lazio, nel 2001, sono state eseguite soltanto 369 PTCA primarie o di salvataggio (dati GISE<sup>5</sup>) e la terapia trombolitica è stata somministrata in meno del 60% dei pazienti candidati teorici.

### **Evidenze di efficacia della terapia ripercussiva nel trattamento dell'infarto miocardico acuto: revisione della letteratura scientifica e linee guida**

#### ***Terapia ripercussiva***

Le strategie di gestione dello STEMI hanno subito un cambiamento nei primi anni '80 in seguito alla chiara evidenza che lo STEMI è il risultato diretto di una trombosi occlusiva. Il trattamento attuale dello STEMI è quindi finalizzato a stabilire e

mantenere una riperfusione a livello dell'arteria coronaria da cui l'infarto dipende. L'era della "riperfusione" è stata inaugurata dalla recente introduzione degli agenti trombolitici, che sono in grado di sciogliere le trombosi coronariche acute, e dallo sviluppo della PTCA, che può riaprire i vasi occlusi. Se messa in atto correttamente e con la necessaria prontezza, la terapia riperfusiva comporta una diminuzione della mortalità ed un miglioramento della prognosi a lungo termine grazie alla diminuzione delle dimensioni dell'infarto<sup>6</sup> (*livello di evidenza I*), al miglioramento della funzione ventricolare sinistra regionale<sup>7</sup> e globale<sup>8,9</sup> ed infine alla diminuzione dell'incidenza dello scompenso cardiaco<sup>10,11</sup>.

### ***Trombolisi farmacologica***

Relativamente alla trombolisi, gli studi GISSI-1<sup>12,13</sup> e ISIS-2<sup>14</sup> hanno dimostrato l'associazione tra la precocità di intervento e la riduzione di mortalità (*livello di evidenza I*). Il GUSTO-I ha evidenziato la precisa relazione tra tempo e terapia riperfusiva da una parte e la pervietà del vaso epicardico correlato all'infarto dall'altra<sup>3,15</sup>. Nel GUSTO-I la mortalità a 30 giorni nei pazienti trattati con terapia trombolitica entro la seconda ora è stata del 5.5% ed in quelli trattati dopo la quarta ora è stata del 9% (*livello di evidenza II*). Il FTT Collaborative Group<sup>16</sup> ha descritto la relazione fra tempo di trattamento ed efficacia della trombolisi, basata sui dati di 58 600 pazienti (*livello di evidenza I*). Vi era una riduzione proporzionale ed assoluta della mortalità, maggiore nei pazienti trattati più precocemente dopo l'insorgenza dei sintomi. Il beneficio per la sopravvivenza era tanto maggiore quanto prima veniva avviato il trattamento trombolitico. Nello studio GISSI-112 si è visto come, a distanza di 12 ore dalla comparsa del dolore toracico, il beneficio per la sopravvivenza dovuto al trattamento trombolitico è praticamente perso. All'interno del periodo di trattamento efficace di 12 ore, il declino del beneficio per la sopravvivenza raggiunge un valore medio di 1.6 vite perse ogni 1000 pazienti trattati per ora di ritardo. Il declino orario della sopravvivenza nelle prime 6 ore (2.6 ogni 1000) è maggiore rispetto alle 6 ore finali (0.6 ogni 1000): ciò significa che, all'interno del periodo di 12 ore di trattamento efficace, i ritardi di trattamento risulteranno 4 volte più costosi, in termini di vite perse, nelle prime 6 ore rispetto alle 6 ore successive<sup>17</sup>. La dipendenza della mortalità dal tempo è stata successivamente confermata da una metanalisi metodologicamente ben condotta che, confrontando la trombolisi preospedaliera per infarto miocardico acuto con quella effettuata in sede ospedaliera, ha dimostrato come la prima riduca la mortalità<sup>18</sup> (*livello di evidenza I*).

### ***Angioplastica percutanea***

Anche per l'angioplastica primaria, dopo un periodo di iniziale incertezza dovuto all'uso di dati provenienti dai registri nordamericani, il rapporto tra la precocità dell'intervento rispetto all'esordio dei sintomi e la sopravvivenza a breve termine è stato stabilito con chiarezza in studi condotti in centri di eccellenza<sup>19</sup> (*livello di evidenza II*), e nei gruppi non a basso rischio<sup>20,21</sup> (*livello di evidenza V*).

### ***Trombolisi versus angioplastica***

Riguardo alla questione su quale terapia riperfusiva sia da preferire nel trattamento dello STEMI, esistono evidenze a favore della PTCA primaria. Una metanalisi<sup>22</sup>, pubblicata nel 1997, ha mostrato come questa sia associata ad una più bassa mortalità (4.4% per la PTCA primaria vs 6.5% per la trombolisi); risultati confermati da una successiva metanalisi<sup>23</sup> che ha evidenziato, oltre ad una più bassa mortalità a breve termine (7 vs 9%), minori tassi di reinfarto (3 vs

7%) e di stroke (1 vs 2%). Una recente revisione Cochrane<sup>24</sup> ha concluso che la PTCA primaria, quando eseguita in centri di esperienza, può essere considerata la strategia da preferire per la ripercussione miocardica (*livello di evidenza I, forza della raccomandazione A*), pur ammettendo che nella maggior parte delle situazioni una terapia trombolitica ottimale dovrebbe ancora essere considerata un'eccellente strategia ripercussiva. Queste conclusioni sono in linea con le recenti raccomandazioni dell'European Society of Cardiology e dell'American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA) sull'impiego della PTCA primaria nello STEMI che viene indicata come l'opzione terapeutica da preferire quando può essere eseguita da un team di esperienza, in un laboratorio appropriato, entro 90 min dal primo contatto con il Servizio Sanitario (arrivo al Dipartimento di Emergenza-Accettazione [DEA]/Pronto Soccorso [PS] o contatto con il personale infermieristico)<sup>25,26</sup>; in ospedali dotati di reparto di Cardiocirurgia o anche privi di Cardiocirurgia<sup>26</sup> (*livello di evidenza II, forza della raccomandazione B*) ma con capacità di trasporto immediato in un Centro dotato di Cardiocirurgia e con capacità di supporto emodinamico durante il trasporto. L'uso della PTCA primaria sembra associato a migliori esiti rispetto alla trombolisi "in sito" anche nel caso di trasferimento dei pazienti con infarto miocardico acuto da ospedali senza Laboratorio di Emodinamica a Centri dotati di Emodinamica Interventistica, come mostrato da recenti trial<sup>27-30</sup> (*livello di evidenza I*). In particolare, lo studio DANAMI-2<sup>28</sup> ha evidenziato che una strategia ripercussiva, comprendente il trasferimento dei pazienti per eseguire PTCA primaria, è superiore alla fibrinolisi "in sito" in termini di tasso di reinfarto (1.6 vs 6.3%), se il trasporto viene effettuato entro 2 ore o meno. Risultati non concordanti con lo studio PRAGUE-2<sup>29</sup> che ha mostrato che il trasporto a lunga distanza dei pazienti con infarto miocardico acuto in un Centro dotato di Emodinamica Interventistica per effettuare una PTCA primaria riduce la mortalità in quelli giunti dopo più di 3 ore dalla comparsa dei sintomi, mentre per pazienti giunti in meno di 3 ore dall'inizio dei sintomi i risultati della trombolisi sono sovrapponibili a quelli del trasporto a lunga distanza. Questo dato va nella stessa direzione dei risultati dello studio CAPTIM<sup>31</sup>, il quale suggerisce che la trombolisi, se effettuata in sede preospedaliera entro 2 ore dalla comparsa dei sintomi e con 1 ora di anticipo rispetto all'angioplastica, è più efficace della PTCA primaria (minore mortalità a 30 giorni: 2.2 vs 5.7%). È da notare che in questo studio un'elevata percentuale di pazienti trattati inizialmente con trombolisi preospedaliera erano poi sottoposti ad un'angioplastica. Trombolisi e PTCA non sono alternative ma terapie sinergiche. Indipendentemente dalla scelta della terapia ripercussiva, perdita di tempo equivale a perdita di vite. L'obiettivo del PCAE è pertanto quello di identificare i candidati per un trattamento ripercussivo e dare inizio al trattamento stesso quanto prima possibile.

### **Percorso clinico assistenziale in emergenza per la gestione e il trattamento del paziente con presunto infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST**

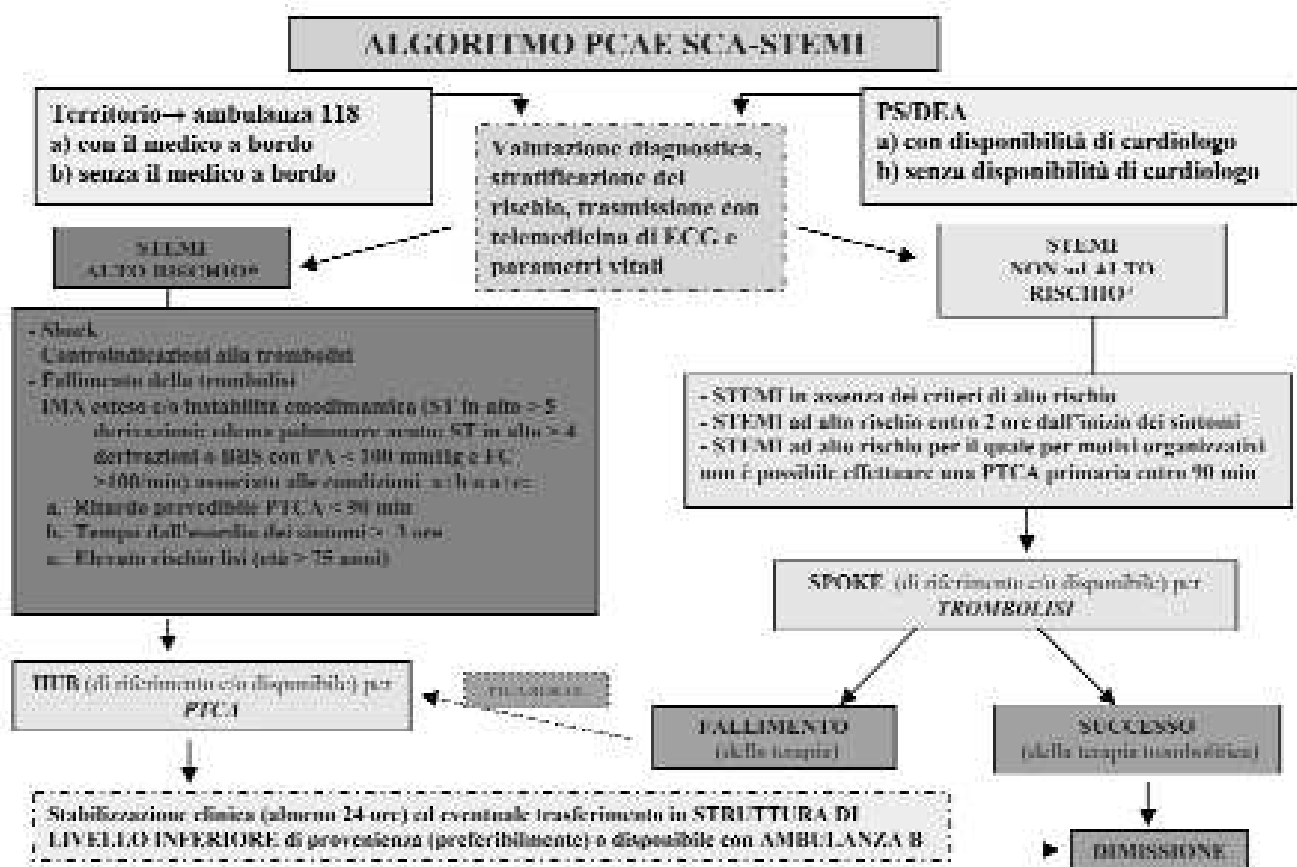
#### ***Segni e sintomi del paziente con presunto infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST<sup>32</sup>***

Il più comune sintomo di infarto è una sensazione di fastidio toracico retrosternale. Questo sintomo può essere percepito come pressione più che come un vero e proprio dolore. Altri segni di allarme di un attacco cardiaco possono includere:

- una sensazione spiacevole di pressione, pienezza, schiacciamento o dolore al centro del torace, che dura diversi minuti (di solito più di 15);
- un dolore che si irradia alle spalle, al collo, alle braccia, alla mandibola; o un dolore alla schiena o fra le scapole;

- un fastidio toracico con sensazione di testa vuota, svenimento, sudorazione, nausea o dispnea;
- una sensazione globale di angoscia, ansia o morte imminente;
- polso irregolare, bradicardia o tachicardia, terzo tono e rantoli alle basi polmonari;
- sintomi di “pesantezza di stomaco”. Principali diagnosi differenziali da prendere in considerazione: dissecazione aortica, pericardite acuta, miocardite acuta, pneumotorace, embolia polmonare.

**Primo soccorso al paziente con presunto infarto miocardico acuto con soprasslivellamento del tratto ST** Il primo soccorso al paziente con presunto STEMI può avvenire sul territorio oppure in PS/DEA; l'ambulanza che giunge sul territorio può avere o non avere il medico a bordo mentre il PS/DEA possono avere o non avere un PS cardiologico. In base a questi possibili contesti abbiamo definito quattro diversi scenari (Fig. 1).



**Figura 1.** Algoritmo percorso clinico assistenziale in emergenza su sindromi coronariche acute-infarto miocardico acuto con soprasslivellamento del tratto ST (PCAE SCA-STEMI). BBS = blocco di branca sinistro; DEA = Dipartimento di Emergenza-Accettazione; FC = frequenza cardiaca; IMA = infarto miocardico acuto; PA = pressione arteriosa; PS = Pronto Soccorso; PTCA = angioplastica coronarica transluminale percutanea. \* dal Protocollo Clinico Assistenziale della Commissione Regionale Congiunta ANMCO-SIC.

**Primo scenario** → **Territorio: ambulanza senza medico a bordo.** Gran parte della valutazione iniziale e del trattamento generale immediato possono essere facilmente e appropriatamente iniziati dal personale dei Servizi di Emergenza<sup>32,33</sup>. *Azioni raccomandate (livello di evidenza VI, forza della raccomandazione A):*

- il personale dei Servizi di Emergenza può:
  - stabilire un accesso venoso per le infusioni, posizionare un cardiomonitore-defibrillatore;
  - misurare i segni vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria);
  - determinare la saturazione di ossigeno: la raccomandazione di utilizzare una pulsiossimetria ha *livello di evidenza II, forza A34*;
  - raccogliere una storia mirata;
  - compilare una lista di controllo del dolore toracico per determinare l' idoneità alla terapia trombolitica (checklist);
  - eseguire un primo ECG a 12 derivazioni;
  - trasmettere l'ECG, la checklist ed i parametri vitali, necessari alla stratificazione prognostica del paziente, alla Centrale Operativa 118, attraverso cellulare o via cavo<sup>35-38</sup> (questa raccomandazione ha un *livello di evidenza II, forza A* sia se si considera come "outcome" l'utilità dell'ECG preospedaliero nel diagnosticare le sindromi coronariche acute, sia l'importanza nel ridurre il ritardo per la terapia ospedaliera dell'infarto miocardico acuto; da segnalare comunque una revisione non sistematica<sup>37</sup> di due trial clinici randomizzati e di altri tipi di studio secondo cui esiste solo una piccola evidenza a supporto dell'uso routinario dell'ECG preospedaliero a 12 derivazioni).
  
- Il medico della Centrale Operativa (medico anestesista- rianimatore di turno) provvederà a:
  - diagnosticare la condizione di STEMI sulla base dei segni e sintomi riferiti e dell'ECG (vedi paragrafo "Segni e sintomi del paziente con presunto STEMI");
  - stratificare il rischio del paziente (alto o basso rischio) (vedi paragrafo "Stratificazione del rischio del paziente con presunto STEMI");
  - allertare il cardiologo dell'UTIC del Centro *Hub* o del Centro *Spoke* di riferimento (a seconda della presenza di alto o non alto rischio);
  - inviare ECG e parametri vitali al Centro designato;
  - ricevere conferma della diagnosi e della disponibilità di ricovero da parte del cardiologo dell'UTIC;
  - concordare con il cardiologo dell'UTIC la terapia da effettuare in ambulanza;
  - indirizzare l'ambulanza del 118 verso il Centro designato.
  
- Il personale a bordo dell'ambulanza inoltre provvederà, sulla base delle indicazioni del medico della Centrale Operativa, a:
  - iniziare il trattamento del paziente (diversificato a seconda del rischio) (vedi paragrafo "Terapia");
  - stabilizzare il paziente, gestire le complicanze precoci.

**Secondo scenario** → **Territorio: ambulanza con medico a bordo.** *Azioni raccomandate (livello di evidenza VI, forza della raccomandazione A):*

- il personale dei servizi medici di emergenza può:
  - stabilire un accesso venoso per le infusioni, posizionare un cardiomonitore-defibrillatore;
  - misurare i segni vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria);
  - determinare la saturazione di ossigeno (possibilmente mediante pulsiossimetria)<sup>34</sup>;
  - raccogliere una storia mirata; - compilare una checklist del dolore toracico per determinare l'eventuale idoneità alla terapia trombolitica;
  - eseguire un primo ECG a 12 derivazioni; - diagnosticare la condizione di STEMI sulla base di segni, sintomi ed ECG (vedi paragrafo "Segni e sintomi del paziente con presunto STEMI"); - stratificare il rischio del paziente (competenza del medico a bordo) (vedi paragrafo "Stratificazione del rischio del paziente con presunto STEMI");
  - trasmettere, mediante telemedicina, l'ECG, la "checklist" ed i parametri vitali alla Centrale Operativa 118.
  
- Il medico della Centrale Operativa provvederà a:
  - allertare il cardiologo dell'UTIC del Centro *Hub* o del Centro *Spoke* di riferimento (a seconda della presenza di alto o non alto rischio); - inviare ECG e parametri vitali al Centro designato;
  - ricevere conferma della diagnosi e della disponibilità di ricovero da parte del cardiologo dell'UTIC;
  - concordare con il cardiologo dell'UTIC la terapia da effettuare in ambulanza;
  - indirizzare l'ambulanza del 118 verso il Centro designato.
  
- Il personale a bordo dell'ambulanza inoltre provvederà a:
  - iniziare il trattamento del paziente (diversificato a seconda del rischio) (vedi paragrafo "Terapia"), previa conferma del medico della Centrale Operativa;
  - stabilizzare il paziente, gestire le complicanze precoci.

**Terzo scenario** → **Pronto Soccorso/Dipartimento di Emergenza-Accettazione senza disponibilità di un cardiologo.** *Azioni raccomandate (livello di evidenza VI, forza della raccomandazione A):*

- il personale del PS/DEA può<sup>32,33</sup>:
  - monitorare i parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria) e la saturazione di ossigeno (preferibilmente tramite pulsiossimetria)<sup>34</sup>;
  - reperire accesso venoso con catetere di grosso calibro;
  - effettuare ECG a 12 derivazioni a letto del paziente (standard: la lettura dell'ECG deve essere eseguita dal medico che assiste il paziente entro 10 min dall'ingresso in PS);
  - effettuare anamnesi ed esame obiettivo sintetici e mirati; - diagnosticare la condizione di STEMI sulla base di segni, sintomi ed ECG (vedi paragrafo "Segni e sintomi del paziente con presunto STEMI");
  - effettuare la stratificazione del paziente (vedi paragrafo "Stratificazione del rischio del paziente con presunto STEMI");
  - allertare il cardiologo dell'UTIC del Centro *Hub* o del Centro *Spoke* di riferimento (a seconda della presenza di alto o non alto rischio);

- inviare al centro designato ECG e parametri vitali;
- porre l'indicazione, in accordo con il cardiologo, alla trombolisi o alla PTCA primaria;
- eseguire al più presto esami ematochimici (elettroliti, enzimi e coagulazione), Rx-torace; la disponibilità precoce in PS dei marker sierici cardiaci ha *livello di evidenza II, forza della raccomandazione A<sup>39</sup>*;
- iniziare la terapia (diversificata a seconda del rischio) (vedi paragrafo "Terapia"), concordata con il cardiologo dell'UTIC;
- stabilizzare il paziente, gestire le complicanze precoci;
- organizzare il trasferimento del paziente.

**Quarto scenario** → **Pronto Soccorso/Dipartimento di Emergenza-Accettazione con disponibilità di un cardiologo.** *Azioni raccomandate (livello di evidenza VI, forza della raccomandazione A):*

- il personale del PS/DEA può<sup>32,33</sup>:
  - monitorare i parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria) e la saturazione di ossigeno (preferibilmente tramite pulsiossimetria)<sup>34</sup>;
  - reperire accesso venoso con catetere di grosso calibro (individuare accesso venoso);
  - effettuare ECG a 12 derivazioni a letto del paziente (standard: la lettura dell'ECG deve essere eseguita dal medico che assiste il paziente entro 10 min dall'ingresso in PS);
  - effettuare anamnesi ed esame obiettivo sintetici e mirati;
  - eseguire al più presto esami ematochimici (elettroliti, enzimi e coagulazione), Rx-torace; la disponibilità precoce in PS dei marker sierici cardiaci ha *livello di evidenza II, forza della raccomandazione A<sup>39</sup>*;
  - diagnosticare la condizione di STEMI sulla base di segni e sintomi e dell'ECG (vedi paragrafo "Segni e sintomi del paziente con presunto STEMI");
  - stabilizzare il paziente, gestire le complicanze precoci.
- Il cardiologo di turno in PS provvederà a:
  - stratificare il paziente (vedi paragrafo "Stratificazione del rischio del paziente con presunto STEMI");
  - porre l'indicazione alla trombolisi o PTCA primaria;
  - allertare il cardiologo dell'UTIC del Centro *Hub* o del Centro *Spoke* di riferimento (a seconda della presenza di alto o non alto rischio);
  - inviare al centro designato ECG e parametri vitali;
  - iniziare la terapia (diversificata a seconda del rischio) (vedi paragrafo "Terapia"), concordata con il cardiologo dell'UTIC;
  - organizzare il trasferimento del paziente. A questo proposito si fa presente che il 118 si fa carico del trasferimento secondario solo se il paziente è critico in emergenza ed in continuità di soccorso. Nel caso in cui sia un DEA di II livello che necessita del trasferimento, è il DEA a farsi carico del trasferimento secondario e non il 118.

***Stratificazione del rischio del paziente con presunto infarto miocardico acuto con soprallivellamento del tratto ST***

Il Documento di Consenso ANMCO-SIC sullo STEM<sup>33</sup> del 2002 fa presente che i criteri per la stratificazione prognostica del paziente con STEMI sono i seguenti: età > 75 anni; pressione sistolica  $\leq$  100 mmHg e frequenza cardiaca > 100 b/min; TIMI risk score  $\geq$  5; infarto anteriore/esteso (> 4 derivazioni con sopraslivellamento del tratto ST); precedente bypass aortocoronarico.

Lo stesso documento consiglia di scegliere, nella determinazione del percorso terapeutico ottimale, la combinazione di criteri che meglio si adatta alla propria realtà tenendo conto delle caratteristiche dell'organizzazione locale. Alla luce di tale documento nazionale, il gruppo di lavoro ha deciso di utilizzare, per la stratificazione del rischio del paziente affetto da presunto STEMI, i criteri indicati dal "Protocollo clinico assistenziale della Commissione Regionale Congiunta ANMCO-SIC" – annualmente aggiornato dalla Conferenza di Consenso FIC-GISE – qui di seguito riportato:

**1. STEMI: criteri di alto rischio comportanti indicazione a PTCA in emergenza (livello di evidenza VI, forza della raccomandazione A).**

1. Shock cardiogeno<sup>38,40,41</sup>: il trattamento con PTCA primaria del paziente in shock è fortemente raccomandato; la raccomandazione trova supporto, oltre che nelle linee guida ACC/AHA<sup>38</sup>, nello studio SHOCK che ha dimostrato una riduzione della mortalità a 6 mesi<sup>40</sup> e ad 1 anno<sup>41</sup>.

2. Controindicazioni alla trombolisi.

3. Fallimento della trombolisi.

4. Infarto miocardico acuto esteso e/o instabilità emodinamica (sopraslivellamento ST > 5 derivazioni, edema polmonare acuto classe Killip 3, sopraslivellamento in alto > 4 derivazioni o blocco di branca sinistro con pressione arteriosa < 100 mmHg e frequenza cardiaca > 100 b/min) associato alle condizioni a) + b) oppure a) + c) di seguito riportate:

a) ritardo prevedibile PTCA < 90 min,

b) tempo dall'esordio dei sintomi > 3 ore<sup>31</sup>,

c) elevato rischio lisi (età > 75 anni).

NB. Nell'evenienza 4. → se mancano le condizioni a) + b) oppure a) + c), praticare trombolisi immediata.

**2. STEMI: criteri di non alto rischio comportanti indicazioni a trombolisi immediata. Tutti gli STEMI in assenza dei criteri che individuano l'alto rischio.**

I criteri suddetti dovrebbero essere utilizzati nelle prime fasi di implementazione del PCAE e servono ad assicurare la PTCA primaria almeno al paziente ad alto rischio che beneficia maggiormente della stessa.

**Terapia<sup>25,32,33,38</sup> Terapia da eseguire immediatamente.**

- Ossigeno (4-6 l/min), soprattutto in pazienti con insufficienza cardiaca o desaturazione arteriosa di ossigeno: *livello di evidenza VI, forza della raccomandazione A* oppure *livello II, forza della raccomandazione A* se si considera l'uso della pulsiossimetria per determinare l'effettiva necessità della terapia con ossigeno<sup>34</sup>;
- eventualmente morfina endovena (4-8 mg con possibili dosi addizionali di 2 mg ad intervalli di 5 min) se dolore intenso o agitazione<sup>25</sup> (*livello di evidenza VI, forza della raccomandazione A*);



- aspirina: in tutti i pazienti con sospetto clinico di STEMI alla dose iniziale di 160-300 mg, il più precocemente possibile, anche prima della conferma ECG e comunque prima della somministrazione del fibrinolitico o di interventi coronarici percutanei primari. Sostituire aspirina con clopidogrel nei pazienti intolleranti all'aspirina<sup>14,42-45</sup> (*livello di evidenza I, forza della raccomandazione A*).

### **Terapia da associare alla trombolisi.**

La terapia trombolitica va associata a somministrazione di eparina non frazionata alla dose suggerita dalle linee guida ACC/AHA<sup>38</sup> (*livello di evidenza VI, forza della raccomandazione A*).

### **Terapia di facilitazione dell'angioplastica.**

Per l'angioplastica facilitata si utilizzano vari farmaci con diverse associazioni. Una revisione Cochrane<sup>46</sup> ha dimostrato che la somministrazione in vena degli inibitori della glicoproteina IIb/IIIa riduce il rischio di morte o di infarto miocardico a 30 giorni e 6 mesi in pazienti sottoposti a PTCA, al prezzo di un moderato aumento del rischio di severa emorragia. La raccomandazione dell'uso degli inibitori della glicoproteina IIb/IIIa nel caso di PTCA ha pertanto *livello di evidenza I, forza A*. Esistono, inoltre, trial (alcuni ancora in corso) a sostegno dell'ipotesi di "facilitare" l'angioplastica con un pretrattamento trombolitico<sup>27</sup>.

### **Trattamenti specifici.**

Terapia di ripercussione entro 12 ore dall'inizio dei sintomi<sup>38</sup> o al massimo entro 24 ore in pazienti con dolore e/o marcato sopraslivellamento persistenti: a) terapia trombolitica, b) PTCA. *Terapia trombolitica*<sup>25,26,32,33,38</sup>.

#### • Indicazioni:

- STEMI non ad alto rischio o STEMI ad alto rischio entro 2 ore<sup>31</sup> (*livello di evidenza II, forza A*) dall'inizio dei sintomi o STEMI ad alto rischio per il quale, per motivi organizzativi, non è possibile effettuare una PTCA primaria entro 90 min, - assenza di controindicazioni assolute,

- poche o nessuna controindicazione relativa.

#### • Controindicazioni assolute\*<sup>26</sup>:

- precedente episodio di emorragia intracranica,

- lesione cerebrale vascolare strutturale nota (ad esempio malformazione arterovenosa),

- neoplasia intracranica maligna (primaria o metastatica),

- stroke ischemico entro 3 mesi eccetto stroke ischemico acuto entro 3 ore,

- sospetta dissezione aortica, - sanguinamento attivo o diatesi emorragica (escluso mestruazioni),

- significativo trauma chiuso del capo o trauma facciale entro 3 mesi.

#### • Controindicazioni relative\*<sup>26</sup> :

- storia di ipertensione cronica severa, scarsamente controllata,

- ipertensione severa non controllata alla presentazione (pressione sistolica > 180 mmHg o pressione diastolica > 110 mmHg)\*\*,

- storia di precedente stroke ischemico da più di 3 mesi, demenza o nota patologia intracranica non menzionata nelle controindicazioni, - rianimazione cardiopolmonare traumatica o prolungata (> 10 min) o chirurgia maggiore (< 3 settimane), - recente (da 2 a 4 settimane) sanguinamento interno,
- puntura vascolare non comprimibile,
- per streptochinasi/anistreplase: precedente esposizione (> 5 giorni precedenti) o precedente reazione allergica a questi agenti,
- gravidanza,
- ulcera peptica in fase attiva,
- corrente uso di anticoagulanti: più alto è l'INR, più alto il rischio di sanguinamento. *Angioplastica coronarica transluminale percutanea.*
- Indicazioni alla PTCA in emergenza:
  - STEMI ad alto rischio\*\*\* (vedi paragrafo "Stratificazione del rischio del paziente con presunto STEMI").

Controindicazioni assolute all'avvio della procedura di trasferimento per eseguire PTCA primaria:

- mancato consenso del paziente<sup>47</sup> (*livello di evidenza VI*).
- Controindicazioni relative alla PTCA primaria:
  - documentata pregressa reazione anafilattoide a mezzi di contrasto angiografici,
  - severa malattia vascolare periferica che limita notevolmente i possibili accessi arteriosi,
  - severa mancanza di collaborazione da parte del paziente per ragioni psichiche o per patologie sistemiche gravi,
  - endocardite nota della valvola aortica,
  - ipergammaglobulinemia,
  - ipertiroidismo.

**Attività/competenze del cardiologo dell'Unità di Terapia Intensiva Coronarica Azioni raccomandate (livello di evidenza VI, forza della raccomandazione A):**

- il cardiologo UTIC dovrà:
  - confermare, sulla base dei parametri vitali e dell'ECG a 12 derivazioni trasmessi, la diagnosi, la collocazione nella classe di rischio e quindi l'indicazione al trattamento trombolitico o con angioplastica primaria;
  - indicare il trattamento farmacologico di facilitazione da effettuare durante il trasporto per l'angioplastica primaria;
  - confermare la disponibilità di letto UTIC o la possibilità di approntarlo entro breve intervallo di tempo (30 min);
  - se operante in Centro *Hub*, allertare immediatamente il Servizio di Emodinamica per l'esecuzione dell'angioplastica primaria; se operante in Centro *Spoke*, utilizzare il primo ECG teletrasmesso come base per una diagnosi di efficacia o di fallimento del trattamento trombolitico eventualmente in corso;
  - confermare e autorizzare la procedura del trasferimento dell'infarto miocardico acuto ad alto rischio ed il trattamento trombolitico preospedaliero di quello non ad alto rischio.

**Trasferimento del paziente al Centro Hub** Nel caso di intervento del 118, una volta fatta la diagnosi e la stratificazione del rischio, ricevuta conferma da parte del cardiologo UTIC, il trasporto del paziente avviene direttamente al Centro *Hub*

più appropriato. Nel corso del trasferimento del paziente al Centro *Hub* è previsto trattamento farmacologico di facilitazione dell'angioplastica.

**Gestione del paziente dopo la terapia ripercussiva** La definizione del tempo di permanenza del paziente presso l'UTIC del Centro *Hub* e l'indicazione al suo eventuale trasferimento, dopo stabilizzazione clinica (almeno 24 ore), in strutture di livello inferiore, spettano al cardiologo.

## **Strutture coinvolte nella gestione del paziente con infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST**

### **Definizione**

#### **Centri Spoke.**

Sono definiti *Spoke* sia le ambulanze, con medico a bordo e con possibilità di teletrasmissione, sia i presidi di primo soccorso o i PS degli ospedali senza UTIC, sia i PS degli ospedali con UTIC ma senza Emodinamica Interventistica con attività 24/24 ore, 7/7 giorni.

**Centri Hub.** Sono definiti *Hub* tutti gli ospedali con un reparto di Cardiologia, una UTIC ed un Servizio di Emodinamica Interventistica con attività 24/24 ore, 7/7 giorni (EI-h24).

**Caratteristiche** Per le caratteristiche dei Centri *Hub & Spoke* si rimanda alle sezioni "UTIC ed Emodinamica" della "Proposta di integrazione alla bozza del documento elaborato dell'Assessorato alla Sanità Regione Lazio: Requisiti minimi strutturali organizzativi e tecnologici delle strutture sanitarie e socio-sanitarie". La proposta di integrazione è stata elaborata dall'ASP in condivisione con i rappresentanti delle Società Scientifiche Cardiologiche ANMCO-GISE, è stata adottata dalla Giunta della Regione Lazio ed è attualmente in Commissione Sanità.

**Rete Hub & Spoke della Regione Lazio** Sarà in seguito prodotto un ulteriore documento, con definizione dei Centri e della rete *Hub & Spoke* della Regione Lazio, basata sulla distribuzione nel territorio degli stessi Centri e sulla definizione dei bacini di utenza. Sarà necessario individuare una Cardiochirurgia di riferimento per ogni EI-h24 senza la Cardiochirurgia. Cardiologi e chirurghi dei due Centri dovranno concordare un protocollo per la definizione dell'emergenza chirurgica e delle modalità di rapido accesso (entro 60 min) al reparto chirurgico.

#### **Punti critici**

I punti critici vengono intesi come requisiti essenziali per un buon funzionamento del percorso specifico.

**Programmi regionali sull'allarme precoce** Per migliorare l'appropriatezza del percorso clinico assistenziale del paziente affetto da STEMI sarebbero auspicabili programmi regionali sull'allarme precoce<sup>32</sup> al fine di sensibilizzare la comunità a chiamare<sup>32,33,48-50</sup> il 118 (*livello di evidenza II, forza della raccomandazione A* se si considera la maggiore appropriatezza del ricorso ai Servizi di Emergenza nelle sindromi coronariche acute in seguito ad un intervento di educazione comunitaria; *livello di evidenza II, forza della raccomandazione B* se si considera lo scarso effetto sulla riduzione del tempo dalla comparsa dei sintomi all'arrivo in ospedale e sul ritardo per la terapia ripercussiva).

**Trombolisi preospedaliera** Diversi studi hanno individuato la capacità della trombolisi precoce di fare abortire fino al 40% degli infarti nei pazienti trattati<sup>51-55</sup> e come la pervietà coronarica diminuisca del 9% per ora di ritardo dall'inizio dei sintomi alla somministrazione del fibrinolitico<sup>56</sup>. Da molti anni si discute di come poter ridurre il ritardo evitabile. Esso è in parte legato a un ritardo decisionale ed in parte ad un ritardo organizzativo. I mezzi per condizionare un minor ritardo decisionale sono legati a campagne di informazione e di sensibilizzazione; sul ritardo organizzativo si può ottenere un indiscutibile vantaggio portando la fibrinolisi al paziente, piuttosto che il paziente alla fibrinolisi. Somministrare il fibrinolitico in fase preospedaliera permette di risparmiare tempo e di aumentare il numero dei trattati nelle prime 2 ore<sup>57</sup> (permetterebbe di trattare il 60-65% dei pazienti candidati alla fibrinolisi entro 2 ore dall'insorgenza dei sintomi, potendo così rendere massimo l'utilizzo del meccanismo del salvataggio miocardico<sup>51,58-65</sup>). I criteri per la somministrazione della trombolisi preospedaliera sono gli stessi di quelli dei pazienti trattabili in ambiente ospedaliero<sup>64</sup>. L'European Myocardial Infarction Project (EMIP)<sup>59</sup> ha dimostrato un'incidenza preospedaliera piccola, ma superiore – rispetto all'ambiente ospedaliero – di fibrillazione ventricolare (2.5 vs 1.6%,  $p = 0.02$ ) e shock (sommando shock cardiogeno ed anafilattico) più ipotensione sintomatica (6.3 vs 3.9%,  $p < 0.01$ ), con uso di anistreplase. L'incidenza di edema polmonare acuto, arresto cardiaco ed ictus cerebrale è, invece, risultata equivalente nei due gruppi (preospedaliero e ospedaliero). I tipi di ambiente nei quali la trombolisi preospedaliera può essere eseguita sono i più vari<sup>50,58,59</sup>. Negli studi clinici randomizzati e negli studi di registro la somministrazione della terapia trombolitica in sede preospedaliera o pre-UTIC è stata affidata alle più differenti categorie di operatori sanitari<sup>51,53-56,60-62</sup>, senza che la fattibilità e la sicurezza ne abbiano risentito, e senza riscontrare differenze sulla sopravvivenza dei pazienti<sup>66</sup>. Il mondo reale tuttavia non è quello degli studi randomizzati, un programma di terapia ripercussiva precoce si muove avendo sullo sfondo il sistema assistenziale 118-Cardiologia dell'ospedale. Si ritiene, quindi, indispensabile, per l'esecuzione della terapia trombolitica in sede preospedaliera: - la presenza del medico sull'ambulanza; - la possibilità di una corretta acquisizione ed interpretazione del tracciato ECG a 12 derivazioni; - la possibilità di trasmettere il tracciato ECG mediante telemedicina al Centro UTIC di riferimento per una conferma immediata dell'indicazione alla terapia; - la possibilità di individuare un accesso venoso stabile e di somministrare correttamente il farmaco endovena<sup>57</sup>.

**Requisiti del personale coinvolto nella gestione del paziente con infarto miocardico acuto con soprallivellamento del tratto ST** Il personale medico del 118 addetto all'emergenza<sup>33</sup>. Il personale medico del 118 addetto all'emergenza deve: - essere istruito alla corretta interpretazione dell'ECG ed all'assistenza del paziente con

STEMI attraverso specifici corsi; - essere in grado di porre diagnosi di sindrome coronarica acuta e di STEMI e stratificare il rischio del paziente; - essere dotato di ambulanze equipaggiate a tal fine e/o elicotteri in funzione del territorio da servire. Queste unità dovrebbero essere equipaggiate con sistemi di monitoraggio, defibrillatori semiautomatici, ossigeno, tubi endotracheali e sistemi di aspirazione e dovrebbero saper utilizzare adeguatamente i principali farmaci cardiovascolari. Sistemi di telemedicina che consentano la trasmissione dell'ECG in ospedale sono necessari. La raccomandazione del possesso dei suddetti requisiti ha *livello di evidenza VI, forza A*. Relativamente all'equipaggiamento con defibrillatore automatico, una metanalisi<sup>67</sup> suggerisce che il suo uso da parte dei primi soccorritori aumenta la probabilità di sopravvivenza del paziente alla dimissione dopo arresto cardiaco preospedaliero; comunque la maggior parte degli studi manca di sufficiente potere per trarre conclusioni definitive (*livello di evidenza I, forza della raccomandazione B*).

### **Il personale infermieristico del 118 addetto all'emergenza.**

Poiché l'efficacia del sistema descritto dipende anche dalla competenza del personale infermieristico del 118, il PCAE, data la complessità del trattamento, raccomanda un piano di formazione per tutto il personale infermieristico che viene in contatto con questo tipo di paziente – è auspicabile almeno la conoscenza del BLS-D e dell'uso dei defibrillatori semiautomatici<sup>32,33</sup> – (*livello di evidenza VI, forza della raccomandazione A*); piano di formazione da definire nel tempo. Il piano di formazione del personale infermieristico deve includere periodici incontri di aggiornamento e revisione dei protocolli e delle criticità riscontrate nella pratica quotidiana al fine di ottimizzare le procedure.

### **Il medico d'urgenza.**

Date le premesse, il medico d'urgenza deve innanzitutto: - conoscere l'organizzazione della propria struttura intesa come disponibilità di risorse umane e materiali; - conoscere l'organizzazione del soccorso sul territorio; - conoscere l'organizzazione delle altre strutture di riferimento nel caso di DEA di I livello; - essere in grado di porre diagnosi di sindrome coronarica acuta e di STEMI e stratificare il rischio del paziente. Per questo ogni DEA dovrebbe al suo interno discutere: - protocolli di triage infermieristico adeguati e preparazione infermieristica adeguata; - stretta collaborazione Medicina d'Urgenza-UTICardiologia; - protocolli di comunicazione con strutture di riferimento. Il medico d'urgenza deve inoltre essere adeguatamente preparato: - nella lettura e interpretazione dell'ECG; - nel trattamento precoce della sindrome coronarica acuta; - nel riconoscimento, gestione e trattamento precoce delle complicanze con particolare riferimento alle complicanze aritmiche, iper-ipocinetiche, alla defibrillazione precoce e alle manovre di rianimazione cardiopolmonare, "advanced life support". La raccomandazione del possesso dei suddetti requisiti ha *livello di evidenza VI, forza A*.

**Efficienza della rete telematica** Poiché l'efficacia del PCAE dipende dalla tempestività delle azioni dei vari attori, un ruolo importante è svolto dall'efficienza della rete telematica. Sarebbe auspicabile creare delle reti che dialoghino tra

Centro operativo e le varie periferiche (ambulanze), sfruttando la connessione GPRS (tablet-PC, portatili, palmari). Se la struttura centrale ha dei poli distaccati, la connessione tra queste e il Centro può avvenire in maniera tradizionale (cavo a fibra ottica, cavo telefonico) e, se la distanza non è eccessiva, si può utilizzare una rete wireless. Si ritiene inoltre indispensabile, attraverso la via informatica, avere sempre a schermo – a livello di Centrale Operativa 118 – la disponibilità delle strutture e dei servizi. Infine sarebbe auspicabile la realizzazione di una rete radio regionale che permetta la comunicazione, con la massima efficienza, tra tutti gli attori.

## **Riassunto**

Nell'ambito del piano di riorganizzazione della rete dei servizi in emergenza nella Regione Lazio è stato prodotto un documento condiviso che definisce un percorso diagnostico e terapeutico appropriato, basato su evidenze scientifiche mirato ad ottimizzare la diagnosi ed il trattamento in emergenza dei pazienti con sospetto infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI). Il percorso è stato elaborato attraverso le seguenti fasi: a) individuazione di un gruppo multidisciplinare di esperti comprendente tutte le competenze coinvolte nella gestione clinico-organizzativa del paziente; b) formulazione, da parte del gruppo di esperti, dei quesiti scientifici più rilevanti, con particolare attenzione alle aree di maggiore incertezza clinica ed organizzativa; c) ricerca della letteratura scientifica mediante una strategia in grado di rintracciare tutte le evidenze scientifiche relativamente ai quesiti identificati; d) valutazione delle prove scientifiche raccolte, in base al sistema di *grading* adottato dal Programma Nazionale per le Linee Guida; e) sintesi delle prove scientifiche disponibili; f) formulazione di raccomandazioni da parte del gruppo di esperti graduate per la loro forza; g) discussione con i rappresentanti regionali delle Società Medi- co-Scientifiche dei quesiti clinici ed organizzativi, dei suggerimenti e della bozza del documento; h) invio a revisori esterni per commenti e redazione del documento finale. Il percorso individua i possibili scenari in cui l'evento può accadere (territorio oppure Pronto Soccorso/ Dipartimento di Emergenza-Accettazione) e definisce quali punti critici: 1) la rapida diagnosi e stratificazione del rischio del paziente, 2) l'immediata trasmissione della diagnosi, dell'ECG e dei parametri vitali alla Centrale Operativa 118 nel caso dell'evento occorso sul territorio o all'Unità di Terapia Intensiva Coronarica di riferimento se l'evento si verifica in Pronto Soccorso o Dipartimento di Emergenza-Accettazione; 3) il collegamento diretto tra Centrale Operativa 118 e l'UTIC di riferimento 4) l'integrazione delle UTIC regionali secondo il modello *Hub & Spoke*; 5) la teletrasmissione tra ambulanza, Centrale Operativa 118 e UTIC di riferimento. Il documento descrive la tipologia dell'ospedale cui far riferimento a seconda del rischio del paziente e fornisce in maniera dettagliata i compiti e le responsabilità di tutti gli attori coinvolti nel processo assistenziale, dagli operatori del servizio territoriale di emergenza ai cardiologi dei Centri *Hub & Spoke*. Sono evidenziate, inoltre, le criticità ed i presupposti indispensabili alla realizzazione del percorso, tra cui: programmi regionali sull'allarme precoce, competenze specifiche del personale medico e infermieristico del 118 addetto all'emergenza e del medico d'urgenza, efficienza della rete telematica, definizione e organizzazione della rete *Hub & Spoke* regionale. *Parole chiave:* Infarto miocardico; Medicina basata sulle evidenze; Rete delle Unità di Terapia Intensiva Coronarica; Servizi di emergenza; Telemedicina.

**Ringraziamenti** Marica Ferri per i commenti ed i suggerimenti editoriali e Andrea Angelini, Carlo Francia, Stefania Gabriele, Roberta Macci, Sandra Magliolo, Annalisa Vitale per il supporto tecnico.

## **Appendice 1**

**Gruppo di Lavoro Multidisciplinare PCAE-Sindromi Coronariche Acute** N. Agabiti, F. Balzani, C. Barletta, S. Cardo, G. Casali, A. Carbone, M. Conte, M. Costa, F. Fedele, G. Ferraiolo, I. Genuini, N. Gentiloni, M. La Sala, E. Giovannini, C. Greco, T. Jefferson, G. Lamberti, P. Mamone, M. Mazzone, G. Monteforte, F. Musumeci, Q. Piacevoli, L. Pietrangeli, C. Pristipino, G. Richichi, R. Ricci, F. Romeo, P. Tasciotti, A. Zaffiro, L. Zulli

**Società Scientifiche rappresentate** AAROI - Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani ANMCO - Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri ANMDO - Associazione Nazionale Medici di Direzione Ospedaliera SICI-GISE - Società Italiana di Cardiologia Invasiva SIC - Società Italiana di Cardiologia SICCH - Società Italiana di Chirurgia Cardiaca SICUT - Società Italiana di Chirurgia d'Urgenza e del Trauma SIGO - Società Italiana Geriatri Ospedalieri SIMEU - Società Italiana di Medicina d'Emergenza-Urgenza

**Revisori** Vittorio Altomani, Direttore Centrale Operativa 118-Provincia di Roma; Leonardo Bolognese, Presidente SICI-GISE, Direttore U.O. di Cardiologia, Ospedale di Arezzo; Giuseppe Di Pasquale, Presidente ANMCO, Direttore U.O. di Cardiologia, Ospedale di Bentivoglio (Bologna); Pietro Pugliese, Direttore Centrale Operativa 118, Roma; Roberto Serdoz, Delegato Regionale GISE-Lazio, Responsabile Servizio di Emodinamica e Cardiologia Interventistica, Ospedale San Pietro FBF, Roma; Luigi Sudano, Dirigente Medico SISP, Responsabile di Struttura "Attività Vaccinali", Aosta

## **Appendice 2**

**Metodi** Il PCAE su sindromi coronariche acute-STEMI è uno dei percorsi clinico-assistenziali dell'emergenza la cui elaborazione è coordinata dall'ASP della Regione Lazio. Gli altri percorsi riguardano le seguenti patologie: traumi cranici, insufficienza respiratoria acuta, presunte patologie vascolari acute, patologie cerebrovascolari acute non traumatiche, patologie critiche in pediatria, patologie critiche ostetrico-ginecologiche. Le raccomandazioni presenti nei PCAE sono rivolte agli operatori sanitari nell'area dell'emergenza (medici, infermieri, barellieri ed autisti); esse riguardano la gestione del paziente dal territorio al primo contatto ospedaliero ed al suo eventuale trasferimento all'ospedale più idoneo. Nella stesura dei percorsi clinico-assistenziali sono state rispettate alcune regole metodologiche fondamentali: - conformità alle leggi vigenti; - ottica di beneficio per l'assistito *in primis* e secondariamente per il servizio; - composizione multidisciplinare del gruppo di lavoro, includendo, laddove possibile, rappresentanti di pazienti ed utenti, con dichiarazione ed esclusione di conflitti di interesse; - raccomandazioni frutto di ricerche sistematiche delle prove di efficacia e sicurezza degli interventi proposti secondo la metodologia del Programma Nazionale per le Linee Guida (per ulteriori informazioni vedi [www.pnlg.it](http://www.pnlg.it)). Laddove queste non fossero disponibili, vi è integrazione con l'esperienza clinica internazionale, nazionale e regionale; - revisione delle bozze dei documenti PCAE da parte di revisori esterni qualificati; -

impegno alla valutazione dell'implementazione dei PCAE sul territorio; - impegno all'aggiornamento. Per ulteriori informazioni sulla metodologia utilizzata per tutti i PCAE si rimanda al sito web dell'ASP ([www.asplazio.it/home/Sistemi Informativi/Emergenza Sanitaria/Attività dell'Emergenza/ PCAE/Parte Generale/Introduzione](http://www.asplazio.it/home/SistemiInformativi/EmergenzaSanitaria/AttivitàdellEmergenza/PCAE/ParteGenerale/Introduzione)). In accordo con la metodologia adottata dal Programma Nazionale per le Linee Guida, il PCAE su sindromi coronariche acute- STEMI è stato elaborato secondo le fasi di seguito riportate: 1) individuazione di un gruppo multidisciplinare di esperti comprendente tutte le competenze utili alla elaborazione del percorso; 2) formulazione, da parte del gruppo di esperti, dei quesiti scientifici più rilevanti, con particolare attenzione alle aree di maggiore incertezza clinica ed organizzativa; 3) ricerca della letteratura scientifica in base ad una strategia in grado di rintracciare tutte le evidenze scientifiche relativamente ai quesiti identificati; 4) valutazione delle prove scientifiche raccolte, in base al sistema di *grading* adottato dal Programma Nazionale per le Linee Guida; 5) sintesi delle prove scientifiche disponibili; 6) formulazione di raccomandazioni da parte del gruppo di esperti in base alle prove scientifiche disponibili graduate per la loro forza; 7) discussione con i rappresentanti regionali delle Società Medico- Scientifiche dei quesiti clinici ed organizzativi, dei suggerimenti e della bozza del documento; 8) passaggio della bozza avanzata attraverso revisori esterni; 9) redazione del documento finale.

**Revisione della letteratura scientifica** La revisione della letteratura scientifica è stata effettuata in aprile 2003 utilizzando la seguente strategia di ricerca: - identificazione di revisioni sistematiche di studi sperimentali e di protocolli di revisioni sviluppati dalla Cochrane Collaboration sulla valutazione di efficacia dei trattamenti relativamente ai quesiti clinici identificati dal gruppo di esperti; - identificazione di altri tipi di documenti sulle prove di efficacia dei trattamenti (altre revisioni non Cochrane e linee guida in vigore); - identificazione di studi primari sperimentali: studi controllati randomizzati, per i quesiti clinici non considerati nei documenti di sintesi; - identificazione di studi primari di altro tipo: di coorte o prospettici, studi retrospettivi su registri, studi caso-controllo, studi trasversali, serie consecutive di casi, per i quesiti clinici non considerati nei documenti di sintesi. **Fonti** Le revisioni sistematiche, i protocolli di revisioni e le linee guida sono stati ricercati nelle seguenti basi di dati e siti internet: Cochrane Library, edizione 2003.4, su CD: The Cochrane Databases of Systematic Reviews (CDSR), Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE), Health Technology Assessment Database (HTA), PUBMED [www.ncbi.nlm.nih.gov/Pub-Med](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/Pub-Med), HSTAT (Health Services/Technology Assessment Text) <http://ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat>, Agency for Healthcare Research and Quality <http://www.ahrq.gov>, TRIP [www.tripdatabase.com](http://www.tripdatabase.com), AREAS [www.areas.it](http://www.areas.it), [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov), [www.cma.ca/cpgs](http://www.cma.ca/cpgs), [www.nzgg.org.nz](http://www.nzgg.org.nz), [www.show.scot.nhs.uk/sign/index.html](http://www.show.scot.nhs.uk/sign/index.html). Le ricerche sono state effettuate in lingua inglese ed italiana.

**La graduazione delle raccomandazioni<sup>68</sup>** Il *livello di prova* si riferisce alla probabilità che un certo numero di conoscenze sia derivato da studi pianificati e condotti in modo tale da produrre informazioni valide e prive di errori sistematici. Livelli di prova di efficacia I Prove ottenute da *più studi clinici controllati randomizzati* e/o da *revisioni sistematiche di studi randomizzati* II Prove ottenute da *un solo studio randomizzato* di disegno adeguato III Prove ottenute da *studi di coorte non randomizzati* con controlli concorrenti o storici o loro metanalisi IV Prove ottenute da *studi retrospettivi tipo caso-controllo* o loro metanalisi V Prove ottenute da *studi di casistica ("serie di casi")* senza gruppo di



controllo VI Prove basate sull'*opinione* di esperti autorevoli o di comitati di esperti come indicato in linee guida o consensus conference, o basate su opinioni dei membri del gruppo di lavoro. La *forza della raccomandazione* si riferisce alla probabilità che l'applicazione nella pratica di una raccomandazione determini un miglioramento dello stato di salute della popolazione, obiettivo cui la raccomandazione è rivolta. Forza delle raccomandazioni A *Forte raccomandazione* a favore dell'esecuzione di una particolare procedura o test diagnostico. Indica una particolare raccomandazione sostenuta da prove scientifiche di buona qualità, anche se non necessariamente di tipo I o II B Si nutrono dei *dubbi* sul fatto che quella particolare procedura o intervento debba sempre essere raccomandata, ma si ritiene che l'intervento debba essere attentamente considerato C Esiste una sostanziale *incertezza a favore o contro* la raccomandazione di eseguire la procedura o l'intervento D La procedura o l'intervento *non è raccomandato* E Si *sconsiglia fortemente l'esecuzione* della procedura

#### Note

\* le controindicazioni assolute e relative devono essere viste come consigli per la decisione clinica, esse potrebbero non essere esaustive e definitive. \*\* potrebbe essere una controindicazione assoluta nel caso di un paziente con STEMI a basso rischio. \*\*\* dal Protocollo Clinico Assistenziale della Commissione Regionale Congiunta ANMCO-SIC.

#### Bibliografia

1. Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio - Commissione Regionale ANMCO-SIC per l'Emergenza. Progetto di organizzazione della rete dell'emergenza cardiologica nel Lazio - Sindromi coronariche acute. Maggio 2003. [www.asplazio.it/linee di attività/valutazione d'esito/rapporti/documenti/ seminari](http://www.asplazio.it/linee%20di%20attività/valutazione%20d'esito/rapporti/documenti/seminari)
2. Myocardial infarction redefined - a consensus document of the Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology Committee for the redefinition of myocardial infarction. Eur Heart J 2000; 21: 1502-13.
3. The GUSTO Angiographic Investigators. The effects of tissue plasminogen activator, streptokinase, or both on coronary- artery patency, ventricular function, and survival after acute myocardial infarction. N Engl J Med 1993; 329: 1615-22.
4. Di Chiara A, Chiarella F, Savonitto S, et al, for the BLITZ Investigators. Epidemiology of acute myocardial infarction in the Italian CCU network: the BLITZ study. Eur Heart J 2003; 24: 1616-29.
5. [www.gise.it](http://www.gise.it)
6. Raitt MH, Maynard C, Wagner GS, Cerqueira MD, Selvester RH, Weaver WD. Relation between symptom duration before thrombolytic therapy and final myocardial infarct size. Circulation 1996; 93: 48-53.
7. Wackers FJ, Terrin ML, Kayden DS, et al. Quantitative radionuclide assessment of regional ventricular function after thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: results of phase I Thrombolysis in Myocardial Infarction (TIMI) trial. J Am Coll Cardiol 1989; 13: 998-1005.

8. Res JC, Simoons ML, van der Wall EE, et al. Long term improvement in global left ventricular function after early thrombolytic treatment in acute myocardial infarction: report of a randomised multicentre trial of intracoronary streptokinase in acute myocardial infarction. *Br Heart J* 1986; 56: 414-21.
9. Serruys PW, Simoons ML, Suryapranata H, et al. Preservation of global and regional left ventricular function after early thrombolysis in acute myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 1986; 7: 729-42.
10. Newby LK, Rutsch WR, Califf RM, et al. Time from symptom onset to treatment and outcomes after thrombolytic therapy: GUSTO-1 Investigators. *J Am Coll Cardiol* 1996; 27: 1646-55.
11. Anderson JL, Karagounis LA, Califf RM. Metaanalysis of five reported studies on the relation of early coronary patency grades with mortality and outcomes after acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 1996; 27: 1-8.
12. Gruppo Italiano per lo Studio della Streptochinasi nell'Infarto Miocardico (GISSI). Effectiveness of intravenous thrombolytic treatment in acute myocardial infarction. *Lancet* 1986; 1: 397-402.
13. Franzosi MG, Santoro E, De Vita C, et al. Ten-year followup of the first megatrial testing thrombolytic therapy in patients with acute myocardial infarction: results of the Gruppo Italiano per lo Studio della Sopravvivenza nell'Infarto-1 study. The GISSI Investigators. *Circulation* 1998; 98: 2659- 65.
14. ISIS-2 (Second International Study of Infarct Survival) Collaborative Group. Randomised trial of intravenous streptokinase, oral aspirin, both, or neither among 17 187 cases of suspected acute myocardial infarction: ISIS-2. *Lancet* 1988; 2: 349-60.
15. The GUSTO Investigators. An international randomized trial comparing four thrombolytic strategies for acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 1993; 329: 673-82.
16. Fibrinolytic Therapy Trialists' (FTT) Collaborative Group. Indications for fibrinolytic therapy in suspected acute myocardial infarction: collaborative overview of early mortality and major morbidity results from all randomised trials of more than 1000 patients. *Lancet* 1994; 343: 311-22.
17. Marino PL. The ICU book. Terapia intensiva. Principi fondamentali. Milano: Masson, 1999.
18. Morrison LJ, Verbeek PR, McDonald AC, Sawadsky BV, Cook DJ. Mortality and prehospital thrombolysis for acute myocardial infarction: a meta-analysis. *JAMA* 2000; 283: 2686-92.
19. Berger PB, Ellis SG, Holmes DR Jr, et al. Relationship between delay in performing direct coronary angioplasty and early clinical outcome in patients with acute myocardial infarction: results from the Global Use of Strategies to Open Occluded Arteries in Acute Coronary Syndromes (GUSTOIIb) trial. *Circulation* 1999; 100: 14-20.
20. Antonucci D, Valenti R, Migliorini A, et al. Relation of time to treatment and mortality in patients with acute myocardial infarction undergoing primary coronary angioplasty. *Am J Cardiol* 2002; 89: 1248-52.
21. De Luca G, Suryapranata H, Zijlstra F, et al, for the Zwolle Myocardial Infarction Study Group. Symptom-onset-to-balloon time and mortality in patients with acute myocardial infarction treated by primary angioplasty. *J Am Coll Cardiol* 2003; 42: 991-7.
22. Weaver WD, Simes RJ, Betriu A, et al. Comparison of primary coronary angioplasty and intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: a quantitative review. *JAMA* 1997; 278: 2093-8.
23. Keeley EC, Boura JA, Grines CL. Primary angioplasty versus intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: a quantitative review of 23 randomised trials. *Lancet* 2003; 361: 13-20.

24. Cucherat M, Bonnefoy E, Tremeau G. Primary angioplasty versus intravenous thrombolysis for acute myocardial infarction. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (3): CD001560.
25. Van de Werf F, Ardissino D, Betriu A, et al. Management of myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. The Task Force on the Management of Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2003; 24: 28-66.
26. Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to revise the 1999 guidelines for the management of patients with acute myocardial infarction). *J Am Coll Cardiol* 2004; 44: E1-E211.
27. Bednar F, Widimsky P, Krupicka J, et al, for the PRAGUE Study Group Investigators. Interhospital transport for primary angioplasty improves the long-term outcome of acute myocardial infarction compared with immediate thrombolysis in the nearest hospital (one-year follow-up of the PRAGUE-1 study). *Can J Cardiol* 2003; 19: 1133-7.
28. Andersen HR, Nielsen TT, Rasmussen K, et al, for the DANAMI-2 Investigators. A comparison of coronary angioplasty with fibrinolytic therapy in acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 2003; 349: 733-42.
29. Widimsky P, Budesinsky T, Vorac D, et al, for the PRAGUE Study Group Investigators. Long distance transport for primary angioplasty vs immediate thrombolysis in acute myocardial infarction. Final results of the randomized national multicentre trial - PRAGUE-2. *Eur Heart J* 2003; 24: 94- 104.
30. Grines CL, Westerhausen DR Jr, Grines LL, et al, for the Air PAMI Study Group. A randomized trial of transfer for primary angioplasty versus on-site thrombolysis in patients with high-risk myocardial infarction: the Air Primary Angioplasty in Myocardial Infarction study. *J Am Coll Cardiol* 2002; 39: 1713-9.
31. Steg PG, Bonnefoy E, Chabaud S, et al, for the Comparison of Angioplasty and Prehospital Thrombolysis in Acute Myocardial Infarction (CAPTIM) Investigators. Impact of time to treatment on mortality after prehospital fibrinolysis or primary angioplasty: data from the CAPTIM randomized clinical trial. *Circulation* 2003; 108: 2851-6.
32. American Heart Association. Manuale di ACLS. 1997-99 Emergency Cardiovascular Care Program. Torino: Centro Scientifico Editore, 1999.
33. Tavazzi L, Chiariello M, Scherillo M, et al. Federazione Italiana di Cardiologia (ANMCO/SIC): Documento di Consenso. Infarto miocardico acuto con ST elevato persistente: verso un appropriato percorso diagnostico-terapeutico nella comunità. *Ital Heart J Suppl* 2002; 3: 1127-64.
34. Wilson AT, Channer KS. Hypoxaemia and supplemental oxygen therapy in the first 24 hours after myocardial infarction: the role of pulse oximetry. *J R Coll Physicians Lond* 1997; 31: 657-61.
35. Kudenchuk PJ, Maynard C, Cobb LA, et al. Utility of the prehospital electrocardiogram in diagnosing acute coronary syndromes: the Myocardial Infarction Triage and Intervention (MITI) Project. *J Am Coll Cardiol* 1998; 32: 17-27.
36. Kereiakes DJ, Gibler WB, Martin LH, Pieper KS, Anderson LC. Relative importance of emergency medical system transport and the prehospital electrocardiogram on reducing hospital time delay to therapy for acute myocardial infarction: a preliminary report from the Cincinnati Heart Project. *Am Heart J* 1992; 123 (Part 1): 835-40.
37. Brown SG, Galloway DM. Effect of ambulance 12-lead ECG recording on times to hospital reperfusion in acute myocardial infarction. *Med J Aust* 2000; 172: 81-4.

38. Ryan TJ, Antman EM, Brooks NH, et al. 1999 Update: ACC/AHA guidelines for the management of patients with acute myocardial infarction. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on management of acute myocardial infarction). *J Am Coll Cardiol* 1999; 34: 890-911.
39. Gibler WB, Hoekstra JW, Weaver WD, et al. A randomized trial of the effects of early cardiac serum marker availability on reperfusion therapy in patients with acute myocardial infarction: the serial markers, acute myocardial infarction and rapid treatment trial (SMARTT). *J Am Coll Cardiol* 2000; 36:1500-6.
40. Hochman JS, Sleeper LA, Webb JG, et al. Early revascularization in acute myocardial infarction complicated by cardiogenic shock. SHOCK Investigators. Should We Emergently Revascularize Occluded Coronaries for Cardiogenic Shock. *N Engl J Med* 1999; 341: 625-34.
41. Hochman JS, Sleeper LA, White HD, et al, for the SHOCK Investigators. Should We Emergently Revascularize Occluded Coronaries for Cardiogenic Shock. One-year survival following early revascularization for cardiogenic shock. *JAMA* 2001; 285: 190-2.
42. Antithrombotic Trialists' Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. *BMJ* 2002; 324: 71-86.
43. Freimark D, Matetzky S, Leor J, et al. Timing of aspirin administration as a determinant of survival of patients with acute myocardial infarction treated with thrombolysis. *Am J Cardiol* 2002; 89: 381-5.
44. Zijlstra F, Ernst N, de Boer MJ, et al. Influence of prehospital administration of aspirin and heparin on initial patency of the infarct-related artery in patients with acute ST elevation myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 2002; 39: 1733-7.
45. Yusuf S, Zhao F, Mehta SR, Chrolavicius S, Tognoni G, Fox KK, for the Clopidogrel in Unstable Angina to Prevent Recurrent Events Trial Investigators. Effects of clopidogrel in addition to aspirin in patients with acute coronary syndromes without ST-segment elevation. *N Engl J Med* 2001; 345: 494-502.
46. Bosch X, Marrugat J. Platelet glycoprotein IIb/IIIa blockers for percutaneous coronary revascularization, and unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; (4): CD002130.
47. Smith SC Jr, Dove JT, Jacobs AK, et al. ACC/AHA guidelines for percutaneous coronary interventions (revision of the 1993 PTCA guidelines): executive summary. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to revise the 1993 guidelines for percutaneous transluminal coronary angioplasty). *J Am Coll Cardiol* 2001; 37: 2215- 39.
48. Canto JG, Zalenski RJ, Ornato JP, et al, for the National Registry of Myocardial Infarction 2 Investigators. Use of emergency medical services in acute myocardial infarction and subsequent quality of care: observations from the National Registry of Myocardial Infarction 2. *Circulation* 2002; 106: 3018-23.
49. Luepker RV, Raczynski JM, Osganian S, et al. Effect of a community intervention on patient delay and emergency medical service use in acute coronary heart disease: The Rapid Early Action for Coronary Treatment (REACT) Trial. *JAMA* 2000; 284: 60-7.
50. Hedges JR, Feldman HA, Bittner V, et al. Impact of community intervention to reduce patient delay time on use of reperfusion therapy for acute myocardial infarction: Rapid Early Action for Coronary Treatment (REACT) trial. REACT Study Group. *Acad Emerg Med* 2000; 7: 862-72.

51. Weaver WD, Cerqueira M, Hallstrom AP, et al. Prehospitalinitiated vs hospital-initiated thrombolytic therapy. The Myocardial Infarction Triage and Intervention Trial. *JAMA* 1993; 270: 1211-6.
52. Lamfers EJ, Hooghoudt TE, Uppelschoten A, Stolwijk PW, Verheugt FW. Effect of prehospital thrombolysis on aborting acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 1999; 84: 928-30.
53. Coccolini S, Berti G, Bosi S, Pretolani M, Tumiutto G. Prehospital thrombolysis in rural emergency room and subsequent transport to a coronary care unit: Ravenna Myocardial Infarction (RaMI) trial. *Int J Cardiol* 1995; 49 (Suppl): S47- S58.
54. Lamfers EJ, Hooghoudt TE, Hertzberger KP, et al. Prehospital thrombolysis with reteplase: the Nijmegen-Rotterdam experience. (abstr) *Circulation* 2001; 104 (Suppl 2): II-727.
55. Morrow DA, Antman EA, Sayah A, et al. Evaluation of the time saved by prehospital initiation of reteplase for ST-elevation myocardial infarction: results of the Early Reteplase- Thrombolysis in Myocardial Infarction (ER-TIMI) 19 trial. *J Am Coll Cardiol* 2002; 40: 71-7.
56. Leizorowicz A, Boissel JP, Robert F. Coronary reperfusion rates in acute myocardial infarction patients after thrombolytic treatment with anistreplase: correlation with the delay from onset of symptoms to treatment. A review of 424 case records of patients admitted to coronary reperfusion studies with anistreplase. *J Cardiovasc Pharmacol* 1992; 19: 34-9.
57. Delfino R, Chiarella F. La terapia durante il trasporto e la trombolisi preospedaliera. In: *Atti del Simposio Nazionale. La rete interospedaliera per l'emergenza coronarica: nuovi orientamenti diagnostici e terapeutici. Tema 3: Il trasporto e il* 118. Roma, Boehringer Ingelheim, 2003.
58. Coccolini S, Berti G, Maresta A. Critical importance of myocardial salvage: relationship with the choice of reperfusion strategies. *Int J Cardiol* 1999; 68 (Suppl 1): S79-S83.
59. The European Myocardial Infarction Project Group. Prehospital thrombolytic therapy in patients with suspected acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 1993; 320: 383- 9.
60. GREAT Group. Feasibility, safety and efficacy of domiciliary thrombolysis by general practitioners: Grampian Region Early Anistreplase Trial. *BMJ* 1992; 305: 548-53.
61. Koren G, Weiss AT, Hasin Y, et al. Prevention of myocardial damage in acute myocardial ischemia by early treatment with intravenous streptokinase. *N Engl J Med* 1985; 313: 1384-9.
62. Coccolini S, Berti G, Bosi S, et al. La trombolisi decentrata nell'infarto miocardico acuto. La riduzione del tempo dolore- trombolisi: impatto su massa necrotica e funzione ventricolare sinistra su morbilità intraospedaliera ed a lungo termine. (abstr) *G Ital Cardiol* 1995; 25 (Suppl 1): 204.
63. Hermens WT, Willems GM, Nijssen KM, Simoons ML. Effect of thrombolytic treatment delay on myocardial infarct size. (letter) *Lancet* 1992; 340: 1297.
64. Casaccia M, Bertello F, De Bernardi A, Sicuro M, Scacciatella P. Prehospital management of acute myocardial infarct in an experimental metropolitan system of medical emergencies. *G Ital Cardiol* 1996; 26: 657-72.
65. Coccolini S, Fresco C, Fioretti PM. La trombolisi preospedaliera precoce nell'infarto miocardico acuto: un obbligo morale? *Ital Heart J Suppl* 2003; 4: 102-11.

66. Melniker LA, Leo PJ. Comparative knowledge and practice of emergency physicians, cardiologists, and primary care practitioners regarding drug therapy for acute myocardial infarction. *Chest* 1998; 113: 297-305.
67. Smith KL, Cameron PA, Peeters A, Meyer AD, McNeil JJ. Automatic external defibrillators: changing the way we manage ventricular fibrillation. *Med J Aust* 2000; 172: 384-8.
68. Programma Nazionale per le Linee Guida (PNLG). Manuale metodologico: come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica. Maggio 2002. [www.pnlg.it](http://www.pnlg.it)



Allegato D

LA RETE DELL'EMERGENZA DELLA REGIONE LAZIO



## Introduzione

Nel 2006 si sono registrati nel Lazio 2.248.996 accessi in pronto soccorso di cui 2.087.310 (92,8%) di residenti (tasso grezzo 393 accessi in PS per 1000 abitanti).

Circa il 51% degli 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 (45%), seguita dalla fascia 45-64 anni (20%), dalla fascia 65+ (20%) e infine dalla fascia tra 0-14 anni (15%).

In circa l'11% degli accessi l'utenza ha fatto ricorso al servizio di soccorso dell'ARES 118 (ambulanza 118 – 9,7%, ambulanza pubblica 1,4%) mentre la modalità più frequente è stata quella dell'arrivo con mezzo proprio.

La distribuzione dei codici colore assegnati al triage indica che il 13% degli accessi ha presentato un'alta urgenza (rosso 0,8%, giallo 12,6%), mentre l'86% una bassa urgenza (verde 71,4%, bianco 14,5%).

La patologia più frequente diagnosticata in Pronto Soccorso è rappresentata dai “traumatismi ed avvelenamenti” (32,6%), seguita da “sintomi, segni e stati morbosi mal definiti” (16,9%), “malattie del sistema nervoso e organi di senso” (7,5%), “malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo” (6,6%), “malattie dell'apparato respiratorio” (5,1%), “malattie del sistema circolatorio” (4,9%).

Il 70% dei pazienti viene dimesso a domicilio, per circa il 24% viene richiesto il ricovero in reparto di degenza o il trasferimento (15,8% ricovero effettuato nell'ospedale del PS/DEA, 6,4% ricovero rifiutato, 1,7% trasferimento in altro ospedale) mentre circa il 5% si allontana dal Pronto Soccorso prima di ricevere la prestazione medica.

## Separazione dei percorsi tra l'emergenza-urgenza e l'elezione

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 ed 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.

In particolare per l'accesso al ricovero ospedaliero è possibile prevedere che i pazienti che non risultino in condizioni di emergenza, ma di urgenza differibile, una volta stabilizzati e valutati nell'ambito del DEA, possano essere inseriti in liste di attesa per ricoveri programmati sulla base di espliciti criteri di priorità. Tale soluzione consentirebbe anche di garantire l'equità nell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato perchè basata, in primo luogo, su livelli di priorità clinica e, successivamente, sul mero ordine cronologico di prenotazione. La priorità clinica consente ovviamente di prevenire possibili danni correlati a ritardi nel trattamento di quadri patologici complessi e progressivi nonché di assicurare trasparenza al sistema.

E' peraltro di estrema rilevanza sul piano organizzativo l'introduzione della Osservazione Breve Intensiva (OBI), da configurarsi come nuovo modello di gestione di problemi clinici acuti ad alto grado di criticità ma bassa gravità potenziale o a bassa criticità ma potenziale gravità, volto a qualificare l'attività del Pronto Soccorso ed a garantire una maggiore appropriatezza dei ricoveri ospedalieri, concorrendo all'ottimale utilizzo delle risorse nel rispetto della sicurezza del paziente.

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 cardiovascolari, garantisce efficienza sul versante dell'urgenza senza incidere sulla gestione della elezione.

Al fine di perseguire l'equità dell'accesso al ricovero ospedaliero ed il miglioramento dell'appropriatezza, per il periodo di riferimento del presente Piano è da prevedere a livello aziendale l'implementazione della separazione organizzativa nei percorsi emergenza-urgenza ed elezione, da realizzarsi in accordo alle specifiche esigenze dei diversi contesti territoriali.

## 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 (ARES118)* che articola la propria offerta in: 1 centrale operativa di Roma città e Roma provincia, 4 centrali operative che coprono il territorio delle province di Rieti, Latina, Frosinone, Viterbo; 132 postazioni di soccorso dislocate su tutto il territorio regionale; 180 mezzi di soccorso (di cui il 80% senza medico a bordo).

Le Centrali Operative dell'ARES 118 provvedono alla raccolta delle chiamate, all'assegnazione del relativo livello di urgenza ed 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) ed 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 (DGR 4238/97, DGR 713/007, DGR 497/048, determine della Direzione Regionale della Tutela della salute e sistema sanitario regionale dell'Assessorato alla Sanità della Regione Lazio<sup>9</sup>, 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 2006, la rete dell'emergenza della Regione Lazio è costituita da 6010 Pronto Soccorso di cui il 79% in ospedali pubblici, il 15% in ospedali equiparati al pubblico ed il 6% in case di cura accreditate

Dei 60 PS/DEA 4 sono specialistici<sup>11</sup>, 31 PS generali, 18 DEA di I livello e 6 DEA di II livello<sup>12</sup> (tutti concentrati nella città di Roma).

---

<sup>7</sup> Riconoscimento dell'Aurelia Hospital come sede di DEA di I livello

<sup>8</sup> Presa d'atto della riclassificazione in pronto soccorso del punto di primo soccorso dell'AOU Policlinico Tor Vergata

<sup>9</sup> Presa d'atto dell'attivazione del Pronto Soccorso – AO S.Andrea (2006)

<sup>10</sup> Escludendo il S.Anna di Ronciglione (ASL VT) che dai dati di attività SIES risulta svolgere un'attività di Punto di Primo Soccorso.

<sup>11</sup> Bambin Gesù (pediatrico), G. Eastman (odontoiatrico), Regionale Oftalmico (oculistico) e I.C.O.T. (ortopedico)

<sup>12</sup> Considerando che S.Eugenio e C.T.O. della ASL RMC costituiscono insieme un DEA di II livello (DGR 4238/97)

Distribuzione dei PS/DEA del Lazio per tipologia amministrativa e livello di complessità

TIPO	LIVELLO DI COMPLESSITA'					
	PS/DEA specialistici	PS	DEA I	DEA II	Totale	%
Presidio di ASL	2	25	14	2	43	72%
Azienda ospedaliera		1		3	4	7%
Pol. Universitario		1		2	3	5%
IRCCS	1				1	2%
Ospedale classificato		2	3		5	8%
Casa di cura accreditata	1	2	1		4	6%
<b>Totale</b>	<b>4</b>	<b>31</b>	<b>18</b>	<b>7</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Il modello per la gestione del paziente attualmente in vigore ai sensi della DGR 4238/97 definisce per la fase preospedaliera i criteri di identificazione dell'ospedale di destinazione del trasporto da parte dell'ARES 118, in base alla tipologia di mezzo di soccorso ed alla localizzazione geografica, e per la fase ospedaliera le azioni da intraprendere da parte dei PS/DEA della Regione (trattamento senza ricovero, trattamento con ricovero o trasferimento a struttura di complessità superiore). In particolare i mezzi di soccorso 118 senza medico a bordo sono tenuti al trasporto all'ospedale più vicino mentre i mezzi con medico a bordo al trattamento e/o al trasporto presso la struttura assistenziale più adeguata; i pronto soccorso e i DEA I sono tenuti al trattamento dei pazienti e all'eventuale trasferimento dei pazienti alla struttura di emergenza di complessità superiore (DEA II) di competenza territoriale indipendentemente dalla specifica patologia dell'assistito.

*Soccorso sul territorio del 118*

1. mezzo 118 con operatore non medico (BLS):
  - 1.1. trasporto all'ospedale più vicino.
2. mezzo 118 con operatore medico (ALS)
  - 2.1. trattamento senza trasporto;
  - 2.2. trattamento con trasporto alla struttura competente per livello di cure e area territoriale.

*Pronto Soccorso*

1. trattamento senza trasporto o ricovero;
2. ricovero se competente per livello di cure;
3. trattamento con trasporto alla struttura competente per livello di cure e area territoriale (DEA I o DEA II) mediante mezzo 118 ALS o BLS.

#### DEA I livello

1. trattamento senza trasporto o ricovero;
2. ricovero se competente per livello di cure;
3. trattamento con trasporto al DEA II competente per area territoriale mediante mezzo 118 ALS o BLS.

#### DEA II livello

1. trattamento senza trasporto o ricovero;
2. ricovero.

I DEA di II livello rappresentano dunque, ai sensi della DGR 4239/97, il centro di riferimento per la rete delle strutture di emergenza di livello inferiore di un'area geografica definita e coincidente con il territorio di una o più ASL. In ciascuna ASL sono identificati i DEA di I livello, che costituiscono la struttura di base ed il perno organizzativo del sistema, e, per ciascuno di essi, i Pronto Soccorso afferenti.

**Aree di riferimento territoriale per i DEA di II livello (DGR 4238/97)**

	<b>Dea II livello</b>	<b>ASL afferenti</b>
<b>AREA 1</b>	Pol. Umberto I	RMA, RMG, ASL Frosinone
<b>AREA 2</b>	S.Giovanni Addolorata	RMB, RMH
<b>AREA 3</b>	S. Eugenio – C.T.O.	RMC. ASL Latina
<b>AREA 4</b>	S. Filippo Neri	RME, RMF
<b>AREA 5</b>	Pol. Gemelli	ASL Rieti
<b>AREA 6</b>	S. Camillo - Forlanini	RMD, ASL Viterbo

*Per il trasferimento del paziente critico nella rete dell'emergenza sono stati successivamente approvati, nella Regione Lazio, sia i criteri clinico-organizzativi (DGR 458/2002) sia i protocolli organizzativi (DGR n. 1729/02).*

Nel 2005 Laziosanità, in accordo con le Società Scientifiche e l'ARES118, ha ulteriormente elaborato, 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) per alcune patologie critiche (infarto miocardico acuto, ictus cerebrale, trauma grave, insufficienza respiratoria, pre-eclampsia ed eclampsia).

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.

## Criticità della rete dell'emergenza

L'analisi dei dati dei sistemi informativi sanitari regionali ha evidenziato le seguenti criticità:

1. L'afferenza di ASL di provincia distanti dalla città di Roma a DEA di II livello non dotati di elisuperficie
2. La disomogenea ripartizione della popolazione residente tra le 6 aree di afferenza dei DEA di II livello (e di conseguenza del volume di trasferimenti in ingresso), non compensata da un'equivalente distribuzione dei posti letto ospedalieri;
3. La carente ricettività da parte di alcuni DEA di II livello che costringe i PS/DEA della propria area afferente a rivolgersi ad altri DEA di II livello (non vincolati tuttavia ad accogliere i pazienti);
4. L'eccessiva rigidità del modello di gestione del paziente definito dalla DGR 4238/97 che non riesce a gestire efficacemente i trasporti/trasferimenti verso i DEA di II livello quando questi hanno in trattamento una quantità tale di pazienti urgenti da non permettere un immediato intervento su nuovi pazienti oppure non hanno disponibilità di posti letto e/o di sale operatorie oppure non sono idonei a trattare il paziente per la mancanza di adeguate strutture specialistiche.

**Trasferimenti da e verso i DEA di II livello – anno 2006**

Dea II livello	Elisuperficie	Posti letto acuti ordinari (31/12/2006)	Popolazione ASL afferenti (01/01/2005)	Trasferimenti in ingresso	Trasferimenti effettuati dalle ASL afferenti verso altri DEA II
<b>Pol. Umberto I</b>	No	1.272	1.382.218	2.061	365
<b>S.Giovanni Addolorata</b>	No	766	1.121.214	890	774
<b>S. Eugenio – C.T.O.</b>	Si (CTO)	746	1.032.892	427	229
<b>S. Filippo Neri</b>	Si	721	766.682	1.437	238
<b>Pol. Gemelli</b>	Si	1.572	153.258	1.268	3
<b>S. Camillo - Forlanini</b>	Si	1.121	813.708	1.014	193
<b>Totale</b>		<b>6.198</b>	<b>5.269.972</b>	<b>7.097</b>	<b>1.802</b>

Sulla base delle variazioni intercorse dal 1997 ad oggi nella composizione e nel livello di complessità assistenziale dei nodi della rete, dell'opportunità di potenziare complessivamente a livello regionale e di attivare anche in provincia l'offerta di funzioni di DEA di II livello (attualmente tutti concentrati nella città di Roma) e dell'analisi delle criticità del modello di gestione del paziente (DGR 4238/97), si evidenzia dunque l'inderogabile necessità di riorganizzare la rete dell'emergenza attraverso la razionalizzazione delle aree di riferimento territoriale dei DEA di II livello e l'implementazione sul territorio regionale di un più flessibile modello di gestione del paziente, anche attraverso l'istituzione di reti specialistiche e di percorsi clinici assistenziali in emergenza.

Ridefinizione delle aree e dei nodi della rete dell'emergenza, del livello di complessità assistenziale e delle aree di riferimento territoriale dei DEA di II livello.

Si prevede di attuare le seguenti variazioni nella configurazione della rete dell'emergenza per il trattamento delle emergenze di carattere generale:

1. Incremento da 6 a 7 dei DEA di II livello e riconfigurazione delle relative aree di afferenza;
2. Modifica del livello di complessità assistenziale di alcuni nodi della rete (Pol. Tor vergata da PS a DEA II, Polo Ospedaliero Latina Nord da DEA I a DEA II, S.Eugenio-C.T.O da DEA II a DEA I, Pol.Casilino da PS a DEA I);

Si riporta in tabella la nuova configurazione:

**Nuova configurazione delle aree di afferenza dei DEA di II livello**

Area	Dea II livello di riferimento
Area 1	Pol. Umberto I
Area 2	S. Giovanni Addolorata
Area 3	Polo Ospedaliero Latina Nord
Area 4	S. Filippo Neri
Area 5	Pol. Gemelli
Area 6	S. Camillo - Forlanini
Area 7	Pol. Tor Vergata

**Area 1**

ASL	ISTITUTO	COMUNE	LIVELLO
RMA	San Giacomo	Roma	DEA I
RMB	Sandro Pertini	Roma	DEA I
	Parodi Delfino	Colleferro	PS
	Santissimo Gonfalone	Monterotondo	PS
<b>RMG</b>	Coniugi Bernardini	Palestrina	PS
	Angelucci	Subiaco	PS
	San Giovanni Evangelista	Tivoli	DEA I
	<b>Policlinico Umberto I</b>	<b>Roma</b>	<b>DEA II</b>

**Area 2**

ASL	ISTITUTO	COMUNE	LIVELLO
RMA	San Giovanni Calibita - FBF	Roma	DEA I
RMC	Madre Giuseppina Vannini	Roma	DEA I
	<b>San Giovanni</b>	<b>Roma</b>	<b>DEA II</b>

**Area 3**

ASL	ISTITUTO	COMUNE	LIVELLO
FR	San Benedetto	Alatri	PS
	Civile di Anagni	Anagni	PS
	Civile di Ceccano	Ceccano	PS
	Umberto I	Frosinone	DEA I
	Pasquale Del Prete	Pontecorvo	PS
	Santissima Trinita'	Sora	PS
	Gemma de Bosis	Cassino	DEA I
LT	Citta' di Aprilia	Aprilia	PS
	A. Fiorini	Terracina	PS
	San Giovanni di Dio	Fondi	PS
	Civile di Gaeta	Gaeta	PS
	Dono Svizzero	Formia	DEA I
	<b>Polo Ospedaliero Latina Nord</b>	<b>Latina</b>	<b>DEA II</b>

**Area 4**

ASL	ISTITUTO	COMUNE	LIVELLO
RME	San Carlo di Nancy	Roma	PS
	Cristo Re	Roma	PS
	Santo Spirito	Roma	DEA I
	Aurelia Hospital	Roma	DEA I
	San Pietro - FBF	Roma	DEA I
RMF	Civile di Bracciano	Bracciano	PS
	San Paolo	Civitavecchia	DEA I
919	S. Andrea	Roma	PS
	<b>San Filippo Neri</b>	<b>Roma</b>	<b>DEA II</b>

**Area 5**

ASL	ISTITUTO	COMUNE	LIVELLO
VT	Civile di Acquapendente	Acquapendente	PS
	Andosilla	Civitacastellana	PS
	Civile di Montefiascone	Montefiascone	PS
	Civile di Tarquinia	Tarquinia	PS
	Belcolle	Viterbo	DEA I
RI	Marzio Marini	Magliano Sabina	PS
	Francesco Grifoni	Amatrice	PS
	San Camillo de Lellis	Rieti	DEA I
	<b>A. Gemelli</b>	<b>Roma</b>	<b>DEA II</b>

**Area 6**

ASL	ISTITUTO	COMUNE	LIVELLO
RMC	Sant' Eugenio	Roma	DEA I
	C.T.O.	Roma	
RMD	Giovanni Battista Grassi	Roma	DEA I
RMH	Sant'Anna	Pomezia	PS
	Generale Provinciale	Anzio	DEA I
	<b>San Camillo- Forlanini</b>	<b>Roma</b>	<b>DEA II</b>



**Area 7**

<b>ASL</b>	<b>ISTITUTO</b>	<b>COMUNE</b>	<b>LIVELLO</b>
RMH	San Giuseppe	Albano Laziale	PS
	Ercole De Santis	Genzano	PS
	San Sebastiano Martire	Frascati	PS
	San Giuseppe	Marino	PS
	Civile di Velletri	Velletri	DEA I
RMB	Policlinico Casilino	Roma	DEA I
	<b>Pol. Tor Vergata</b>	<b>Roma</b>	<b>DEA II</b>

Entro 6 mesi verrà rivalutata la suddivisione territoriale delle aree in virtù della particolare collocazione geografica e delle caratteristiche assistenziali dell'A.O. S. Andrea.

<b>Azioni previste</b>	<b>Attori</b>
Formalizzazione graduale del nuovo assetto della rete con successivi provvedimenti attuativi	Regione
Adeguamento del Polo Ospedaliero latina Nord ai requisiti di un DEA di II livello	ASL Latina, Regione
Adeguamento del Pol. Tor Vergata ai requisiti di un DEA di II livello	Pol. Tor Vergata, Regione
Adeguamento del Pol. Casilino ai requisiti di un DEA di I livello	ASL RMB, Regione
Adeguamento di protocolli per il trasporto del paziente	ARES 118
Adeguamento dei protocolli per il trasferimento del paziente critico in emergenza	Aziende Sanitarie
Valutazione dei risultati della riorganizzazione	Laziosanità

### Il nuovo modello organizzativo

L'implementazione sul territorio regionale di un modello di assistenza incentrato sul paziente deve essere adeguatamente articolato per tenere in considerazione i seguenti fattori:

#### *per la fase di trasporto preospedaliero*

1. differibilità del trattamento del paziente soccorso dal 118 sulla base del triage preospedaliero;
2. patologia e condizioni cliniche del paziente che possono richiedere il trattamento tempestivo presso un centro specializzato;
3. affollamento, al momento del soccorso, del PS/DEA di destinazione naturale del trasporto del 118;
4. opportunità di rendere accessibili all'ospedale di destinazione del trasporto i dati clinici rilevati dal personale di soccorso 118;
5. volume di soccorsi simultanei che può essere determinato da una maxi-emergenza.

#### *per la fase di trasferimento interospedaliero*

1. patologia e condizioni cliniche del paziente che possono richiedere il trattamento tempestivo presso un centro specializzato;
2. reale disponibilità di posto letto nel DEA di riferimento, al momento del trasferimento e nello specifico reparto di specialità richiesto;
3. presenza o assenza nel DEA di riferimento della specialità di reparto necessaria per il trattamento del paziente.

Nel modello integrato di gestione del paziente in emergenza, riportato in figura, si stabilisce dunque il superamento del modello di gestione del paziente, definito dalla DGR 4238/97, 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 azionamento predefinito per limitare il numero di accessi nei Pronto Soccorso che insistono sulle aree territoriali più popolose 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

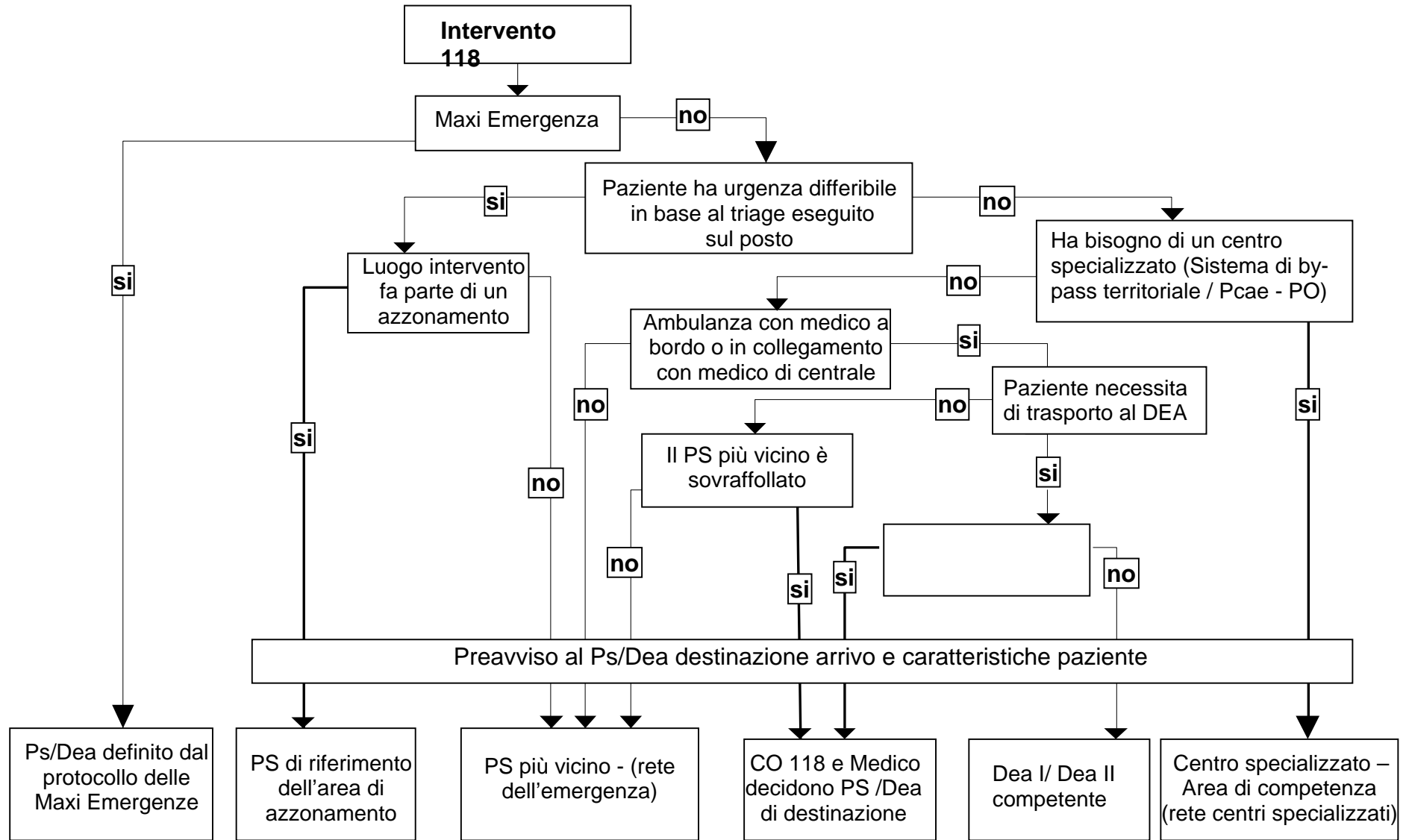
medicalizzata o può comunicare con un medico di Centrale Operativa e se è noto che il PS/DEA di destinazione presenta un rilevante numero di triage rossi e gialli in attesa/trattamento, il 118 può dirottare il mezzo verso un PS/DEA limitrofo di cui è nota la disponibilità ricettiva in pronto soccorso.

#### *Fase di trasferimento interospedaliero*

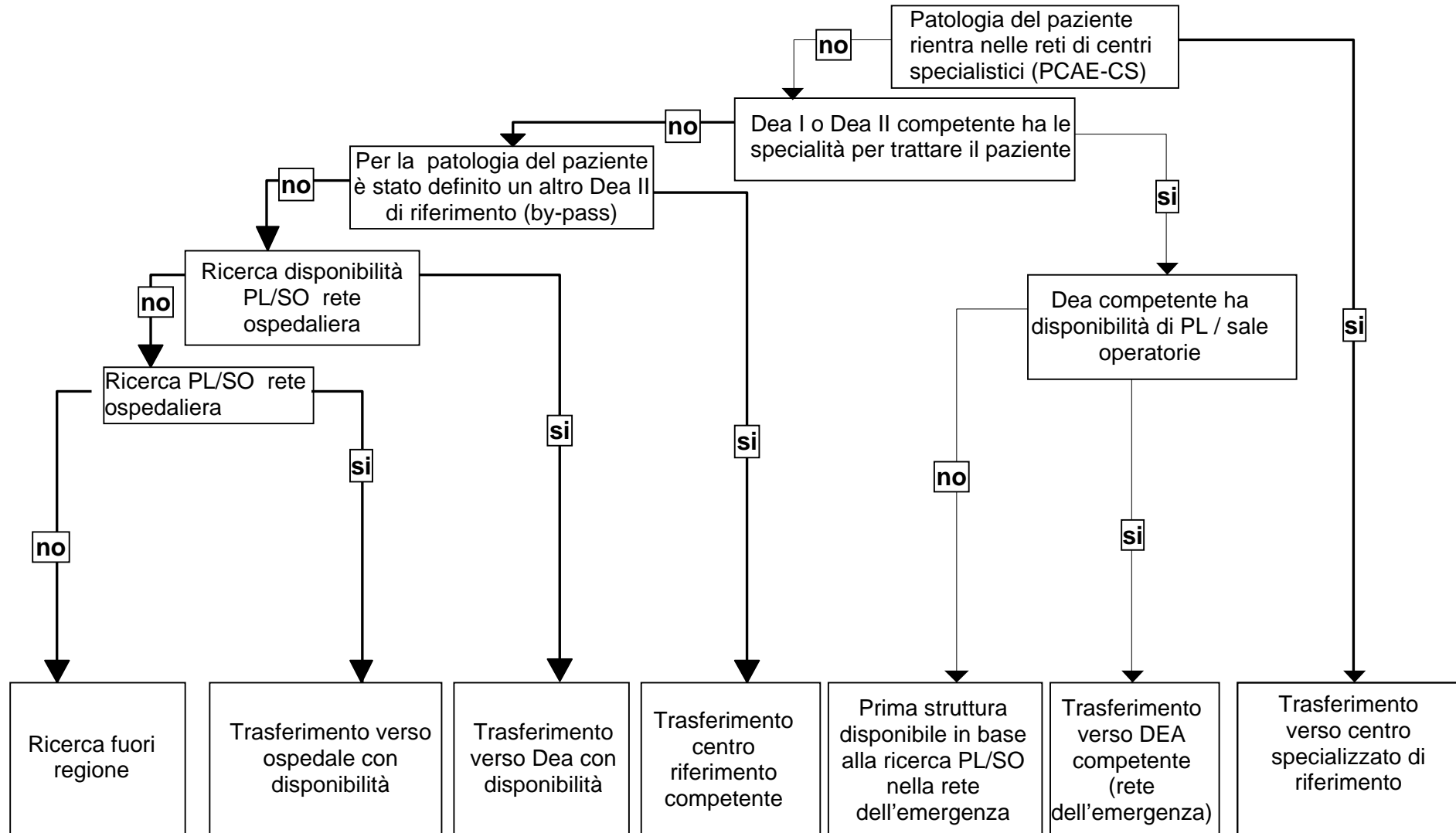
1. Quando la patologia e le condizioni cliniche del paziente richiedono il trattamento in un centro specializzato, secondo quanto definito da un Percorso Clinico Assistenziale in Emergenza in Continuità di Soccorso (PCAE-CS) (DGR 458/2002 “Criteri clinico-organizzativi per il trasferimento del paziente critico nella rete dell'emergenza”, DGR 1729/02 “Protocolli organizzativi per il trasferimento del paziente critico nella rete dell'Emergenza”), il paziente può, in alternativa al DEA di Il livello di riferimento per le emergenze generali, essere trasferito ad una struttura di competenza definita nelle Reti di centri specialistici allegati 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 Il livello di riferimento (by-pass), il trasferimento avviene verso quest'ultimo altrimenti viene attivata una ricerca di posto letto dal PS/DEA trasferente.

<b>Azioni previste</b>	<b>Attori</b>
Aggiornamento dei protocolli per le maxi-emergenze	ARES 118
Definizione di azionamenti nelle aree più popolate della Regione a partire dalla zona Est di Roma	Laziosanità, ARES 118
Definizione dei criteri di attivazione dei Percorsi Clinico Assistenziali in Emergenza per il trasporto PreOspedaliero (PCAE – PO)	Laziosanità, ARES 118
Predisposizione di uno strumento per rendere disponibile a tutti gli attori del sistema i dati aggiornati di affollamento dei Pronto Soccorso attraverso la riattivazione dell'integrazione tra l'applicativo di gestione delle Centrali Operative dell'ARES 118 e la piattaforma GIPSE presente nei PS/DEA della Regione, il completamento della copertura del sistema GIPSE On Line e l'attivazione di un collegamento telematico permanente tra Laziosanità e ARES 118.	Laziosanità, ARES 118
Adeguamento della piattaforma GIPSE per l'attivazione di un sistema di teleconsulto remoto tra PS/DEA e afferenti e DEA di Il livello di riferimento	Laziosanità
Definizione dei criteri di attivazione dei Percorsi Clinico Assistenziali in Emergenza per il trasferimento interospedaliero (PCAE – PS)	Laziosanità, ARES 118
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
Definizione dei protocolli di By-pass per il trasferimento in continuità di soccorso di PS/DEA afferenti a DEA di Il livello carenti di specifiche specialità di ricovero	Regione, Laziosanità
Integrazione dei sistemi informatici dell'ARES 118 con la piattaforma GIPSE	Laziosanità, ARES 118
Realizzazione di un flusso informativo regionale sull'attività di soccorso 118	Laziosanità
Formazione del personale operante nel sistema di emergenza-urgenza	Laziosanità
Valutazione dei risultati del nuovo modello organizzativo	Laziosanità

Fase di trasporto preospedaliero



## Fase di trasferimento interospedaliero



**Allegato E**  
**ORGANIZZAZIONE E INDIRIZZO DELLA RETE ASSISTENZIALE E DI RICERCA CLINICA**  
**PER L'ONCOLOGIA**



## ORGANIZZAZIONE E INDIRIZZO DELLA RETE ASSISTENZIALE E DI RICERCA CLINICA PER L'ONCOLOGIA

### 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.

### **Caratteristiche della rete oncologica**

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, e, ove necessario, assicurano funzioni diagnostiche e terapeutiche di alto livello.

Il modello a dipartimenti interaziendali, mediante relazioni di area vasta, consente inoltre economie di scala (ad esempio, per l'acquisto di beni e servizi mediante "centri servizi condivisi" comuni 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 e l'integrazione 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 con il supporto dell'Istituto Tumori Regina Elena, Polo oncologico regionale per la realizzazione di sinergie clinico-assistenziali, di formazione e di ricerca.

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;
- promozione e sostegno delle 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;
- 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.

### **Organizzazione 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.

La definizione dei Dipartimenti Oncologici per ambiti territoriali è riportata alla fine del presente documento. Tale ripartizione, studiata in base alla dislocazione territoriale della popolazione e delle strutture di primo e secondo livello, è comunque soggetta a modifiche rispetto alle dinamiche delle strutture assistenziali, della funzionalità dei collegamenti nonché in base all'esperienza di funzionamento della rete. Di norma essa 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.

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 programmazione dell'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 che si avvale dell'Istituto Regina Elena quale Polo oncologico per il coordinamento clinico. 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:

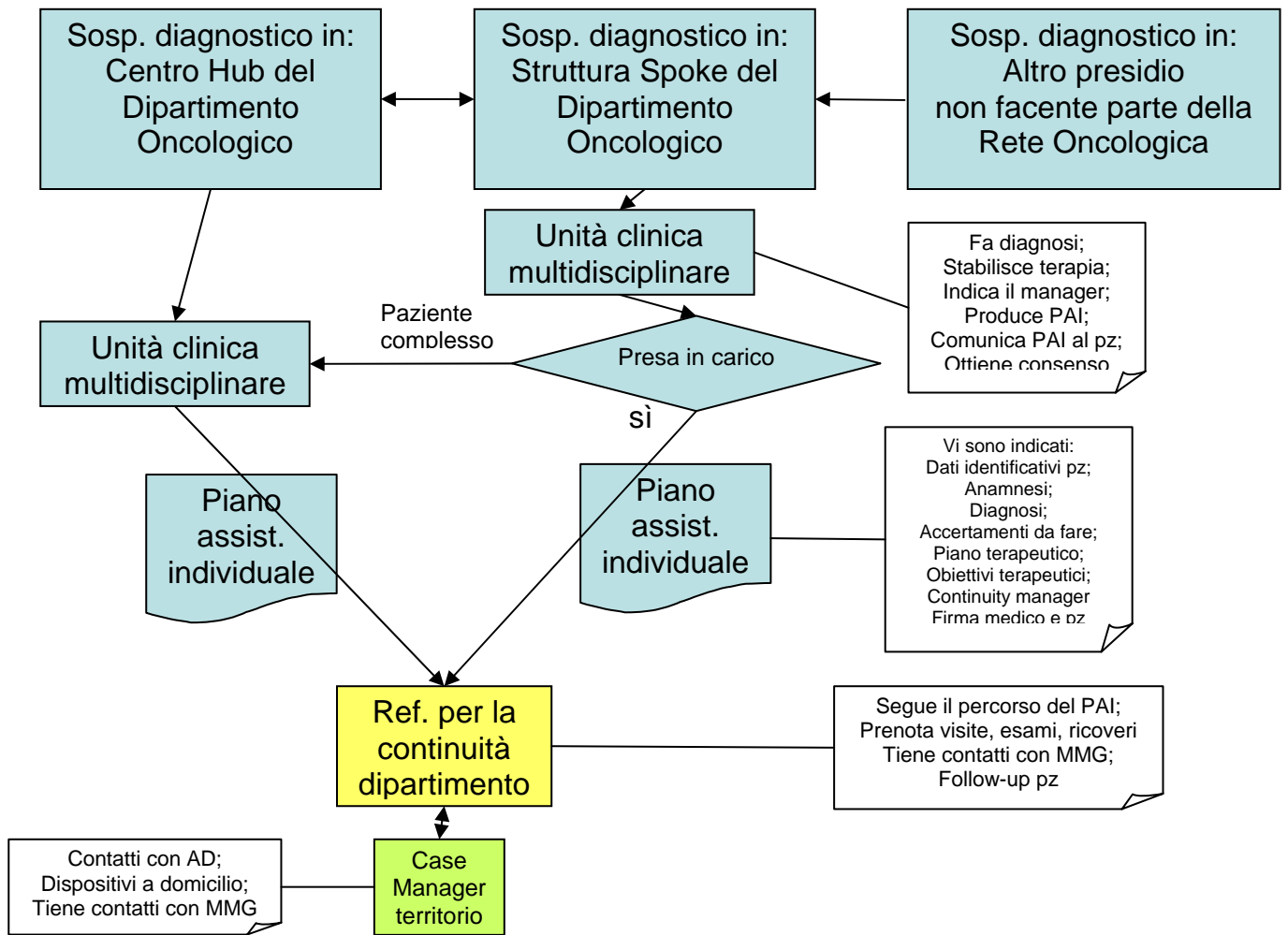
- tutte le informazioni cliniche rilevanti del paziente;
- tutti gli accertamenti già effettuati dal paziente e la sintesi dei loro risultati;
- identificazione del referente per la continuità;
- diagnosi;
- piano terapeutico;
- obiettivi del piano assistenziale;
- tutte le tappe successive del percorso 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.

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 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.

## 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

## **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 proponendo studi innovativi, ma anche diffondendo le 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.

## **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 processare i tessuti al fine di estrarre DNA, RNA e bioprodotto collegati.

## **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.

I potenziali centri spoke identificati sul territorio regionale sono le U.O. di Pediatria degli Ospedali Belcolle di Viterbo, S. Maria Goretti di Latina, S. Camillo De Lellis di Rieti e Umberto I di Frosinone.

Inoltre vanno definiti in questa rete i ruoli di alcune strutture romane che già effettuano una serie di attività in oncologia pediatrica, anche se con volumi ridotti, ovvero il S. Eugenio, il S. Camillo e l'Istituto Regina Elena.

I centri spoke dovranno presentare i seguenti 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, trattoscopia) 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 équipe 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 possiedano 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 molteplici (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 ed 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.

## INDIVIDUAZIONE DEI DIPARTIMENTI ONCOLOGICI E DELLE STRUTTURE AFFERENTI

Denominazione	Livello	Area territoriale di competenza e popolazione	Strutture coinvolte	Centro Hub
D.O. Rieti	1	ASL Rieti 154.949	ASL RI	AO S. Andrea
D.O. Viterbo	1	ASL Viterbo 305.091	ASL VT	Policlinico Gemelli
D.O. Roma Ovest	2	ASL RME 520.347	ASL RME, AO S.Filippo, Policlinico Gemelli, IDI, INRCA	Policlinico Gemelli
D.O. Roma Nord	2	ASL RMF, RMG 738.247	ASL RMF, ASL RMG, AO S.Andrea	AO S.Andrea
D.O. Roma Centro	2	ASL RMA, RMB 1.157.288	ASL RMA, ASL RMB, AO S.Giovanni, Policlinico Umberto I	Policlinico Umberto I
D.O. Roma Sud	2	ASL RMH 508.062	ASL RMH, Policlinico Tor Vergata	Policlinico Tor Vergata
D.O. Roma Sud Ovest	2	ASL RMC, RMD 1.089.113	ASL RMC, ASL RMD, IFO, AO S. Camillo, Campus Biomedico	IFO
D.O. Frosinone	1	ASL FR 491.548	ASL FR	IFO o Tor Vergata
D.O. Latina	1	ASL LT 528.663	ASL LT, Sapienza-Polo Pontino	IFO



**Allegato F**  
**ELEMENTI PER LA RIORGANIZZAZIONE**  
**DELL'ASSISTENZA PEDIATRICA NELLA REGIONE LAZIO**





## 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 1200 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 regione 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 (Allegato 1) 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 equipe 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 equipe. 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 equipe**		CF adeguati per giorni di apertura ed equipe	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 1000 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 ASI (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 alle 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.

Tabella 2- L'offerta dei Pediatri di Famiglia nel Lazio.

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>

\* 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%) ed 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 (IO 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 (IO 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 (IO 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 pl con un IO 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
<i>Chirurgia ° (cod11)</i>	Bambino Gesù-Roma	IRCCS	DEAII	2.265	65,5	68	1.671	10	48,2	13,9
	Bambino Gesù-Palidoro	IRCCS	DEAII	1.224			1.137		33,8	42,6
	San Camillo - Forlanini	AO	DEAII	1.237	55,8	20	1.112	8	58,4	70,2
	Policlinico Umberto I	AU	DEAII	841	76,6	9	236	1	47,0	34,7
	Policlinico A. Gemelli	AU	DEAII	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	
<i>Cardiochirurgia° (cod 06.), Cardiologia (cod 08-terapia chirurgica), Terapia Intensiva Cardiochirurgica (cod 4901)</i>	Bambino Gesù	IRCCS	DEAII	1.237		38§	390	2§		
<i>Neurochirurgia° (cod 76)</i>	Policlinico A: Gemelli	AU	DEAII	451	88,8	14	-	-		
	Bambino Gesù	IRCCS	DEAII	227	89,4	4	-	-		
	Totale			678	88,9	18	-	-		
<i>Neuropsichiatria infantile (cod 33)*</i>	Policlinico Umberto I	AU	DEAII	506	68,9	14	2.465	30		
	Bambino Gesù	IRCCS	DEAII	202	90,3	10**	4.616	19		
	Policlinico A. Gemelli	AU	DEAII	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
<i>Urologia pediatrica (cod 78)*</i>	Bambino Gesù	IRCCS	DEAII	3.210	88,5	36	3.622	7
<i>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)</i>	Bambino Gesù <sup>&amp;</sup>	IRCCS	DEAII	354	65,7	18	-	-
	Policlinico A. Gemelli	AU	DEAII	342	62,8	6	-	-
	Policlinico Umberto I	AU	DEAII	168	75,2	4	-	-
	Totale			864	66,4	28	-	-
<i>Riabilitazione (cod 56)*</i>	San Raffaele Pisana	IRCCS		360	90,0	10**	2.628	10
	Bambino Gesù (Palidoro, S. Marinella)	IRCCS	DEAII	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*

Nel 2006, le strutture che dispongono di un Pronto Soccorso o DEA di I o II livello nel Lazio erano 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 equipe 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 equipe 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 ed insegnanti...) 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 1000, 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 U.O. 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 > 1000; 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 ad 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 (Allegato 2):

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 pl 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.

I requisiti delle UO di Pediatria di I-II-III livello sono riportati in Allegato 2.

- 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).

I requisiti delle due tipologie sono riportati in Allegato 3.

### *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 <18anni 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 una 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 h 24, ovvero in Istituti con una 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 od 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 ed 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, 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 h24 o ad un DEA pediatrico; i casi con funzioni d'organo a rischio o già compromesse richiedono invece il trasferimento in istituti con Terapia Intensiva Pediatrica.

## ALLEGATO 1

### Componenti il Gruppo di Lavoro

Giuseppe Claps – Associazione Pediatri Ospedalieri Lazio  
Domenico Del Principe – Università di Roma Tor Vergata  
Antonio De Novellis – Confederazione Italiana Pediatri \*  
Domenico Di Lallo (coordinatore) – LazioSanità-Agenzia di Sanità Pubblica  
Angela Di Monaco – Federazione Italiana Medici Pediatri  
Francesco La Spesa – Ospedale Pediatrico Bambino Gesù  
Maria Teresa Moraschi – Pediatra di Famiglia  
Antonio Palma – Federazione Italiana Medici Pediatri  
Andreina Roma – Ospedale S. Giovanni di Dio, Fondi  
Cristina Rosselli Del Turco – Consultori Familiari, ASL Roma A  
Maria Stefani Lorenzoni – Assessorato alla Sanità

\* non ha approvato la sezione 4.2 del documento

## ALLEGATO 2

### UO di Pediatria di I livello

---

#### Requisiti e Attività

- Area di Accoglienza per pazienti 0-17 anni in PS/DEA (almeno 5.000 accessi/anno)
- Degenza ordinaria per DRG a bassa complessità
- Day Hospital diagnostico e terapeutico
- Osservazione Breve (< 24 ore) per stabilizzazione, diagnosi e terapia
- Attività di consulenza pediatrica 24/24 per PdF
- Almeno un ambulatorio specialistico pediatrico
- Minimo 500 parti/anno o >1000 ricoveri anno

#### Posti letto

- Degenza Ordinaria + Osservazione Breve: 7
- DH: almeno 1

#### Personale

- Medici: 8+1
- Infermieri professionali o pediatrici: 12+1

NOTA: La dotazione di personale si intende sufficiente per il reparto pediatrico e per l'assistenza al neonato sano con un volume di nati di 500/anno; un volume di nascite maggiore e/o la presenza di un reparto per il neonato patologico richiede personale aggiuntivo.

## UO di Pediatria di II Livello

---

### Requisiti e Attività

- Area di Accoglienza per pazienti 0-17 anni in PS/DEA (almeno 8.000 accessi/anno)
- Degenza ordinaria
- Day Hospital e Day Surgery
- Osservazione Breve (< 24 ore) per stabilizzazione, diagnosi e terapia
- Attività di consulenza pediatrica 24/24 per PdF
- Ambulatori specialistici pediatrici: >2000 prestazioni/anno con almeno 3 delle seguenti specialità: allergologia, adolescentologia, broncopneumologia, cardiologia, emato-oncologia, gastroenterologia, endocrinologia, genetica, nefrologia, neonatologia, neuropediatria, dermatologia, chirurgia pediatrica.
- Minimo 800 parti/anno

### Posti letto

- Degenza Ordinaria + Osservazione Breve: almeno 10
- DH: almeno 2

### Personale

- Medici: 10+1
- Infermieri professionali o pediatrici: 14+1

NOTA: La dotazione di personale si intende sufficiente per il reparto pediatrico e per l'assistenza al neonato sano con un volume di nati di 800/anno; un volume di nascite maggiore e/o la presenza di un reparto per il neonato patologico richiede personale aggiuntivo.

## UO di III livello

---

### Requisiti e Attività

- Area di Accoglienza per pazienti 0-17 anni in PS/DEA (almeno 12.000 accessi/anno)
- Degenza ordinaria
- Day Hospital e Day Surgery qualora non fosse presente un'UO di Chirurgia Pediatrica specialistica
- Ambulatori specialistici pediatrici per almeno 5 delle seguenti specialità: allergologia, adolescentologia, broncopneumologia, cardiologia, emato-oncologia, gastroenterologia, endocrinologia, genetica, nefrologia, neonatologia, neuropediatria, dermatologia, chirurgia pediatrica

### Posti letto

- Osservazione Breve: 4 in accettazione pediatrica
- Degenza Ordinaria: almeno 20
- DH: almeno 2

### Personale

- Medici: 10 + 1 per la pediatria, escluse le specialità pediatriche
- Infermieri professionali o pediatrici: 21+1 per la pediatria, escluse le specialità pediatriche
- 1 Unità amministrativa

## ALLEGATO 3

### UO di Chirurgia Pediatrica Specialistica

---

#### Requisiti e Attività

- Almeno 1200 DRG chirurgici per anno, ordinari e DH
- Presenza di Pronto Soccorso Pediatrico
- Degenza ordinaria e Day Surgery
- Guardia attiva chirurgica pediatrica nelle 24 ore
- Equipe anestesiologicala dedicata
- Presenza di personale medico con qualifica di chirurgo pediatra

### UO o Area di Day Surgery

---

#### Requisiti e Attività

- Locali di assistenza separati (UO) o all'interno dell'area pediatrica (UO di II o III livello)
- Guardia attiva anestesiologicala
- Equipe chirurgica costituita da medici con qualifica di chirurgo pediatra anche in convenzione





**Allegato G**  
**PERCORSO NASCITA**



## 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 della 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).